

Tarciana Sampaio Costa
Milena Nunes Alves de Sousa
Elzenir Pereira de Oliveira Almeida
Paulo Gabriel Godinho Delgado
Maria Cecília de Souza Minayo
(Organizadores)

COMPÊNDIO DE PROMOÇÃO À SAÚDE MENTAL



**Tarciana Sampaio Costa
Milena Nunes Alves de Sousa
Elzenir Pereira de Oliveira Almeida
Paulo Gabriel Godinho Delgado
Maria Cecília de Souza Minayo
(Organizadores)**

[COMPÊNDIO DE PROMOÇÃO À SAÚDE MENTAL]



**Campina Grande - PB
2022**

C737 Compêndio de promoção à saúde mental [livro eletrônico] / Tarciana Sampaio Costa, Milena Nunes Alves de Sousa, Elzenir Pereira de Oliveira Almeida, Paulo Gabriel Godinho Delgado, Maria Cecília de Souza Minayo (org.). – Campina Grande: EDUFPG, 2022. 465 p.

E-book (PDF)
ISBN 978-65-86302-68-4

1. 1. Saúde Mental. 2. Qualidade de Vida. 3. Promoção da Saúde. 4. Políticas Públicas – Saúde Mental. 5. Saúde Pública. 6. Reforma Psiquiátrica. I. Costa, Tarciana Sampaio. II. Sousa, Milena Nunes Alves de. III. Almeida, Elzenir Pereira de Oliveira. IV. Delgado, Paulo Gabriel Godinho. V. Minayo, Maria Cecília de Souza. VI. Título.

CDU613.86:614

FICHA CATALOGráfICA ELABORADA PELA BIBLIOTECÁRIA SEVERINA SUELI DA SILVA OLIVEIRA-CRB15/225

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFPG
EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - EDUFPG
editoradaufpg@gmail.com

Prof. Dr. Antônio Fernandes Filho
Reitor

Prof. Dr. Mario Eduardo Rangel Moreira Cavalcanti Mata
Vice-Reitor

Prof. Dr. Patrício Borges Maracajá
Diretor Administrativo da Editora da UFPG

Anselmo Ribeiro Lopes
Assessor da Editora da UFPG

Milena Carneiro Reis
Revisão

Yasmine Lima
Diagramação

CONSELHO EDITORIAL

Anubes Pereira de Castro (CFP)
Benedito Antônio Luciano (CEE1)
Erivaldo Moreira Barbosa (CCJS)
Janiro da Costa Rego (CTRN)
Marisa de Oliveira Apolinário (CES)
Marcelo Bezerra Grilo (CCT)
Naelza de Araújo Wanderley (CSTR)
Railene Hérica Carlos Rocha (CCTA)
Rogério Humberto Zeferino (CH)
Valéria Andrade (CDSA)

CONSELHO CIENTÍFICO

Milena Nunes Alves de Sousa – UNIFIP/EASP
Tarciana Sampaio Costa - UNIFIP
Elzenir Pereira de Oliveira Almeida – UNIFIP/UFPG
Raquel Bezerra de Sá de Sousa Nogueira - UNIFIP
Tiago Bezerra de Sá de Sousa Nogueira - UNIFIP
Fabrício Kleber de Lucena - UNIFIP
Cássio Ilan Soares Medeiros - UNIFIP



Dedico este livro a Deus paizinho e a minha família, meus sustentáculos e responsáveis por manterem a força que alimenta a minha fé, os meus sonhos e a minha esperança ao longo dessa jornada denominada “vida”.

Tarciana Sampaio Costa

Dedico este opúsculo àqueles que sempre seguraram minha mão quando preciso e me acalentam com seu amor e generosidade: Deus, André e Clara. Vocês são minha fortaleza!

Milena Nunes Alves de Sousa

AGRADECIMENTOS

A palavra gratidão pode ser traduzida como reconhecimento. Arelada a sua essência, caminham lado a lado sentimentos como o amor, o respeito, a amizade e toda a nobreza a florada por estes “sentidos”. E como não ser nobre quando muito se tem a agradecer?

Portanto, agradeço ao pai celestial, que em sua infinita bondade não permitiu que eu desanimasse diante dos percalços da vida e me matém ávida em minha jornada!

Aqueles que permitiram a minha vida terrena, meus pais Severino Alves de Sousa e Vânia Maria Nunes de Sousa (*in memoriam*), que em meio a tantas escolhas decidiram por partilhar uma vida de amor e ternura comigo. De modo especial para a minha mãe que não está mais conosco, parafraseio Ben Harper quando afirma que “algumas pessoas são simplesmente grandes demais para caber nesse mundo”. A senhora foi, é e sempre será gigante em minh'alma.

Aos amores da minha vida, meu companheiro e cúmplice André Luiz Dantas Bezerra e meu ser de luz na terra, minha bebê arco-íris, Clara Nunes Alves de Sousa Bezerra. Vocês extraem de mim o melhor.

Aos meus irmãos, sobrinhos, amigos e companheiros de jornada! Meu percurso é menos pedregoso com todos ao meu lado.

Aos meus estudantes, que dão sentido ao que acredito e abraçam as propostas desafiadoras que lanço.

A todos que, em algum momento, precisaram ou necessitarão de assistência humanizada e integral em Saúde Mental.

SINOPSE

Ao Centro Universitário de Patos, que acredita em seus talentos e valida o nosso processo de trabalho continuamente.

Gratidão!
Milena Nunes Alves de Sousa

Esta obra se propõe a apresentar uma reflexão sobre as atividades de saúde mental na atenção básica, considerando que esse cenário é fértil para criar conhecimentos a partir de uma compreensão multidisciplinar das atividades aí desenvolvidas.

Propomos, em 23 capítulos, ressaltar as ações que qualificam a assistência em saúde mental no território, contribuir para suprir a escassez de protocolos direcionados às pessoas em sofrimento psíquico e propor uma relação de confiança e de vínculos mediante ações de prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

O livro está dividido em cinco partes: I–Políticas públicas em saúde mental, em que contemplamos a lei 10.216/2001 “Lei Antimanicomial”; história da saúde mental e da reforma psiquiátrica; tendências de pesquisas brasileiras sobre a assistência à saúde mental na atenção básica. II–Abordagem multiprofissional, terapias comunitárias, desmame de psicotrópicos, intervenções e ações de promoção da saúde na Atenção Básica. III–Abordagens sobre o nível de dependência de crianças e adolescentes com transtornos mentais e sua correlação com a qualidade de vida dos cuidadores. IV–Saúde mental e trabalho dos profissionais que atuam na atenção primária. V – Apresentação do fluxograma de atendimento em saúde mental na atenção primária à saúde.

PREFÁCIO

“Melhor prevenir do que remediar”, afirma o ditado popular. Sempre escutar o que a população tem a dizer, sem estar encapsulado em tecnicismos me parece ser a melhor forma de promover saúde. Este opúsculo é grande por ouvir essa necessidade e colocar ao dispor os diferentes saberes na área de saúde mental com o objetivo de atender de forma holística, integral o indivíduo que jamais será isolado, mas ser social e histórico.

Nesse esteio, como profissionais da saúde, é preciso estar atento aos elementos que consideramos na nossa elaboração do conceito de saúde, de doença, de normal, de anormal. Quanta responsabilidade ao tocar uma vida, quanta sublimidade ser tocado por uma vida. Isso exige acolhimento. Este deve levar a uma atitude resolutiva e humanizada, contemplando a dimensão afetiva e a técnica. É preciso agir política e terapêuticamente. Agir politicamente não se refere a se partidizar, mas a intervir na e pela sociedade para evitar a partidização e oferecer um serviço interdisciplinar.

Os diferentes saberes científicos ofertados em sinergia para abarcar as diferenças etárias e socioeconômicas. Outro desafio dos profissionais promotores de saúde. Convívio intergeracional, fortalecimento de vínculos com o território, comprometimento do cidadão em seu processo de saúde. É preciso sempre atuar e refletir, é preciso sempre escutar a sabedoria e a insanidade popular.

APRESENTAÇÃO

Quem leva a cabo essa tarefa? A sociedade! Mas se todos fazem, ninguém faz. Donde a importância dos agentes dedicados precipuamente a essa tarefa. Também estes precisam ser zelados, cuidados, acolhidos humanamente, não simplesmente como recurso de trabalho. Cuidar de si é condição necessária para cuidar do outro. Aí também somos responsáveis uns pelos outros.

Com prazer vejo neste livro as dimensões que estruturam nossa compreensão de saúde, de cuidado e de engajamento profissional. Estou certo, ainda considerando ser uma certeza não dogmática, de que esta obra vai fomentar a reflexão sobre a qualidade de nossa prática profissional. Os autores se destacam por sua competência advinda da experiência e da técnica.

Caro leitor, iniciamos este prefácio com um ditado popular de forma deliberada, pois destaco que sempre devemos começar escutando, mais que ouvir, mais que ver, mais que sentir. Escutar de forma integral, com os olhos, com as mãos, com os ouvidos! Por isso faço um último convite de clínica: escute a si no outro, pois “de médico e louco, todo mundo tem um pouco”.

*Ramon Silva Silveira da Fonseca
Doutor em Psicologia Clínica
Universidade Católica do Pernambuco (UNICAP)*

Quem se dispuser a escrever uma história clínica da humanidade tem que observar a alta evolução da medicina trazendo conforto aos necessitados dela, a prevalência crescente dos Direitos Humanos como impulsionadora das boas políticas públicas, mas, principalmente, não pode descuidar do sentido mais simples das coisas—o cuidado e suas normas, pois até para ajudar é preciso saber ajudar. Nós somos os que nos rodeia e o que mais nos define na área da saúde é a atenção às necessidades da vida do outro, onde ela estiver, como a própria vida necessita. A abordagem psicossocial veio para ficar.

Ao chegar ao final deste *Compêndio de Promoção à Saúde Mental* a melhor sensação que nos fica é ver como a história do conhecimento técnico, o aprofundamento cada vez maior dos estudos científicos, aliado do entusiasmo humanista e da compaixão dos estudiosos e profissionais da área, provocaram mudanças humanizadoras. Ao criarem serviços de qualidade e eficácia que oferecem, cada vez mais, em regime de compartilhamento e descentralização, melhores saídas para os enfermos e consolo para seus familiares é possível vislumbrar a pedra virar flor. A multidisciplinariedade também veio para ficar no horizonte da Reforma Psiquiátrica.

Na área da Saúde Mental, o impedimento mais comum para a boa política pública nunca foi a dificuldade de encontrar pessoas vocacionadas para aprender a amar o estranho. Aqui, quem não gostar do que faz não adianta ter recursos e incentivos oficiais a disposição, aliás, sempre escassos, insuficientes. O trabalho e os

estudos contidos neste livro testam e descrevem a realidade do cuidado, sua evolução ao longo de nossa história, feito por professores, pesquisadores e profissionais missionários, relíquias de uma atividade que aprendeu, no dia a dia do atendimento, a viver e atuar em meio a contradições. Marcadamente conscientes da descontinuidade dos programas, da pressão de interesses econômicos e da indústria de medicamentos, das diferentes noções e ritmos das prioridades governamentais. Mas também, infelizmente, pelo preconceito cultural e o desconhecimento da evolução do direito, das novas formas de cuidar, fazendo com que o nosso país ainda não tenha decidido, definitivamente, colocar o usuário dos serviços, o enfermo mental, no centro da política de atenção à saúde.

Os capítulos se sucedem do geral ao particular, do coletivo ao individual, do debate legislativo à aplicação prática, local e regional de uma Lei aprovada 20 anos atrás. Lei necessária e essencial à melhor regulação de uma atividade que cuida do ser humano em dificuldade, claramente em desvantagem em relação a outros campos mais compreendidos da medicina. E oferece, de forma abrangente, uma biblioteca atualizada de artigos, livros, teses e serviços que orientam aqueles que atuam ou pretendem atuar com os portadores de sofrimento mental e suas perspectivas terapêuticas mais modernas.

O leitor verá que a história da Reforma Psiquiátrica brasileira tem origem na necessidade de revisar o contrato social praticado no país pela cultura de hospitais, internações compulsórias, medicalização exagerada, levando à desumanização dos que sofrem de enfermidade mental.

Era preciso elevar a qualidade da medicina a patamares mais humanistas e reabilitadores. Tal decisão inundou o país de entusiasmo e produziu um dos mais fortes e atuantes movimentos sociais de nossa história recente, o movimento da luta antimanico-

mial, reunindo médicos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas, psicólogos, gestores, familiares e, pela primeira vez, egressos de hospitais fechados, pacientes, enfermos, loucos pela vida.

São tantos os autores desta nova maneira de ver a medicina que é possível dizer que a obrigação que a Lei 10.2016 de 2001 criou já existia para muitos, precusores dela. Por isso, quando me perguntam como escrevi seus termos, digo: esta não é uma Lei inventada, é uma Lei descoberta e se tiver que dar a ela uma autoria que seja “Lei dra Nise da Silveira”, pioneira no tratamento aberto. Foi com base em experiências antimanicomiais já existentes e na evolução dos direitos humanos dos pacientes e usuários de serviços médicos, que a escuta e o tratamento do sofrimento, a reabilitação psicossocial preconizada, seu modelo de financiamento e sua rede de apoio e serviços se transformaram nos artigos que a tornaram uma realidade.

Para quem nunca fica satisfeito com o que sabe encontrará aqui neste trabalho gigantesco, que vem de um conjunto de profissionais que atuam no interior do Brasil, um itinerário de avanços, ondas de desconstrução e construção, desinstitucionalização da cultura hospitalocêntrica e da tutela, institucionalização das redes multidisciplinares, da atenção básica, da lógica da prevenção, das mais elevadas e melhores práticas dos serviços abertos. Trabalho que conta com a privilegiada companhia e ausculta da pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), a socióloga Maria Cecília Minayo, editora da Revista Ciência & Saúde Coletiva, coordenado e organizado pelas professoras Tarciana Sampaio Costa, Milena Nunes Alves de Sousa e Elzenir Pereira de Oliveira Almeida, de quem recebi o honroso convite para participar por ocasião de um Seminário organizado por elas sobre a Lei da Reforma Psiquiátrica no Centro Universitário de Patos (UNIFIP) na Paraíba, em 2017.

SUMÁRIO

O que o *Compêndio* oferece aos estudiosos, gestores, profissionais e a todos os que se preocupam com este vasto e ainda sombrio campo da medicina para muitos é um roteiro para melhor conhecer e aprender a admirar o Sistema Único de Saúde, o SUS brasileiro. É de sua espinha dorsal, de seus cinco pilares que se erigiu a Lei da Reforma Psiquiátrica e neles que ela deve continuar se orientando. A *Universalidade* para acolher a todos que dele necessitem; a *equanimidade* para poder atuar com justiça; a *descentralização* para atender sem desterritorializar o indivíduo de sua comunidade; a *integralidade* de todos os dispositivos existentes a serviço do usuário e o *controle social* coletivo de sua eficácia e desafios.

Todo indivíduo é único, com seus ritmos e modulações. A riqueza e a importância do *Compêndio* é ter conseguido reunir tanta gente, tantas ideias em torno de uma só que é encontrar melhores caminhos para o cuidado e a reinserção social dos que sofrem de transtorno mental. E ao agradecer aos 63 autores, 44 mulheres e 19 homens, que participaram da construção deste painel sobre teoria e prática, em nome dos organizadores, consagramos este livro aos usuários, a quem nosso olhar se dedica e se destina.

Paulo Gabriel Godinho Delgado

Professor, Sociólogo

Autor da Lei 102016/2001

PARTE I: POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL

CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE A LEI 10.216/2001 “LEI ANTIMANICOMIAL” ..	21
HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL E DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: PRINCÍPIOS GERAIS NO MUNDO E NO BRASIL	37
ESTRATÉGIAS DE IMPLANTAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA	59
TENDÊNCIAS DE PESQUISAS BRASILEIRAS SOBRE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA	77
PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR NA ATENÇÃO BÁSICA	91

PARTE II: SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

TERAPIAS COMUNITÁRIAS NA ATENÇÃO BÁSICA	105
DESMAME DE PSICOTRÓPICOS NA ATENÇÃO BÁSICA NA PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS ESPECIALISTAS EM SAÚDE MENTAL	123
INTERVENÇÕES E AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	147
PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL	169
A FITOTERAPIA E O TRANSTORNO DE ANSIEDADE: UM NOVO OLHAR SOBRE A FORMA DE TRATAMENTO	185
CUIDADOS ODONTOLÓGICOS AOS INDIVÍDUOS COM AGRAVOS MENTAIS NA ATENÇÃO BÁSICA	197

ESTRATÉGIAS E AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL.....	215
AÇÕES DA ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL.....	237
AÇÕES DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL.....	267
AÇÕES DA PSICOLOGIA NA HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: DESAFIOS PARA A CONSTRUÇÃO DE PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA.....	283
FONOAUDIOLOGIA NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: CONTEXTO HISTÓRICO, POLÍTICAS E INTERVENÇÃO	301
ATENÇÃO FARMACÊUTICA EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA	321
FISIOTERAPIA E SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	339
O SERVIÇO SOCIAL E AS AÇÕES DE PROMOÇÃO À SAÚDE MENTAL	353
RECUO VIVO: UM ESPAÇO DE BAIXO CUSTO VOLTADO PARA A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA	371

PARTE I: POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL

PARTE III: SAÚDE MENTAL E QUALIDADE DE VIDA

NÍVEL DE DEPENDÊNCIA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS E SUA CORRELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA DE CUIDADORES.	385
--	------------

PARTE IV: SAÚDE MENTAL E TRABALHO

SAÚDE MENTAL DE PROFISSIONAIS ATUANTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	415
---	------------

PARTE V: ENCERRANDO NOSSAS FALAS

COORDENAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA	433
---	------------

CAPÍTULO I

CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE A LEI 10.216/2001 “LEI ANTIMANICOMIAL”

*Larissa Lucena
Maria da Penha Medeiros
Rejane Emily Sampaio Cavalcante
Débora Najda de Medeiros Viana*

INTRODUÇÃO

O presente capítulo trata da Lei nº 10.216 de 2001, a Lei Federal de Psiquiatria (também conhecida como “Lei Antimanicomial”), que foi promulgada e publicada há 19 anos, são abordados os temas de sua criação, bem como os direitos que nela estão inscritos e que devem ser de conhecimento dos profissionais de saúde e de toda a sociedade.

Com base nas inovações produzidas pela publicação da lei em estudo, é muito necessário analisar as inovações trazidas pela aplicação de medidas de segurança à pessoa inimputável de acordo com a Lei Antimanicomial e descrever o tratamento apropriado para ela.

O presente dispositivo é fruto da luta pelo fim da internação compulsória em manicômios, uma prática cultural no Brasil,

existente desde 1247. Esta Lei trouxe consigo disposições humanitárias no trato para as pessoas com transtornos mentais, estimulando tratamentos alternativos à internação, a exemplo do tratamento domiciliar ou nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS.

Nesse sentido, a lei citada é um avanço na busca de aliviar as restrições sociais e econômicas e a discriminação de pessoas com transtornos mentais que conflitam com as normas. Uma vez que, o texto legal buscou definir a efetivação dos direitos, até então inexistentes, das pessoas acometidas por transtornos mentais e definir a responsabilidade do estado na criação de políticas públicas voltadas para a saúde mental e a assistência.

Vale ressaltar que a também chamada “Lei de Reforma Psiquiátrica” concede direitos claros aos pacientes com transtornos mentais, expressos nos artigos 1º, 2º e 3º. Além disso, devido à natureza não retributiva das medidas de segurança, o tratamento ambulatorial e internações se tornaram um recurso terapêutico, cujo objetivo é reinserir na sociedade o inimputável ou semi-imputável em vez de puni-los. Daí o caráter antimanicomial da Lei 10.216/2001.

Portanto, qualquer violação dos direitos dos pacientes pode constituir crime de tortura. Há uma expressão clara na redação do artigo 4º, § 3º, da Lei nº 10.216 / 2001, estipulando que pessoas com transtornos mentais serão submetidas a medidas de segurança, e não recolhidas a prisões públicas ou a qualquer outra instituição prisional. No entanto, essa situação acaba sendo tolerada, por motivos de falhas no conhecimento e na implementação das políticas públicas de atenção à saúde mental. Além de violar diretamente o modelo de internação estabelecido pela Lei de Reforma Psiquiátrica, a prisão constitui crime de tortura, pela qual responde o agente público que a prática ou se omite em relação a ela.

No entanto, o próprio modelo de atenção psicossocial permite a internação determinada pela justiça, isto é, a internação

compulsória, conforme o artigo 6º, parágrafo único. Desta forma, uma pessoa inimputável ou semi-imputável pode ser submetida a medida de segurança por meio do juiz, que, por sua vez, deve dar preferência ao tratamento ambulatorial e aplicar a internação somente, “Quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (artigo 4º caput, Lei nº 10.216, de 2001).

Em resumo, como uma reforma ao antigo Código Penal de 1940, a Lei Antimanicomial propõe um novo paradigma comparado ao tratamento severo de outrora, direcionado por uma falsa tentativa de manter a “segurança social”. O objetivo da lei atual vigente é reintegrar os pacientes na sociedade, oferecer-lhes o tratamento necessário e humanitário focado em manter sua saúde pessoal e contribuir com a saúde pública e a ordem social.

CONHECENDO A LEI 10.216 DE 2001 “LEI ANTIMANICOMIAL”

A Lei nº 10.216/01 concentrou sua atenção em questões de saúde mental e nos direitos das pessoas com transtornos mentais, procurando encerrar a hospitalização em asilos e abrigos. O entendimento do novo dispositivo é que o isolamento da pessoa com problemas mentais viola seus direitos mais básicos e por isso lhes oferece um modelo de reabilitação e de integração social.

A referida legislação, fruto de fortes e vigorosos movimentos a favor do grupo social em pauta, foi formulada na década de 1990 por Paulo Delgado, o então representante do Estado de Minas Gerais na Câmara dos Deputados, e acabou sendo popularmente chamada de reforma psiquiátrica ou “Lei Antimanicomial”. Sancionada pelo então Presidente Fernando Henrique Cardoso em 6 de abril de 2001, ela passou a vigor exatamente no ano declarado pela Organização Mundial de Saúde “Ano Internacional da Saúde Mental”. Sua tramitação no Congresso Nacional durou 12 anos,

refletindo ao mesmo tempo o pouco interesse sobre o tema por parte de muitos e o movimento contrário à mudança por parte de outros. Esse processo ficou conhecido como “Luta antimani-comial”.

Pitta (2011) ressalta que projeto proposto por Paulo Delgado é baseado em três bases estruturantes: “A primeira impede o governo de construir ou contratar novos hospitais psiquiátricos; a segunda fornece recursos públicos para a criação de “recursos não-manicomial de atendimento”, o terceiro é a obrigação de relatar hospitalização obrigatória às autoridades judiciais.”

A legislação em voga é composta por apenas treze artigos, o que implica numa brevidade legislativa e se relacionada com outras Leis do nosso ordenamento jurídico. Partindo do pressuposto de que a lei trata do transtorno mental desenvolvido de maneira social ou individual, é possível apontar os pontos relevantes tratados por esse instrumento jurídico: ações afirmativas de proteção das pessoas com transtornos mentais; reconhecimento desse grupo social sujeito de direitos e proposição de um novo modelo de assistência em saúde mental.

A partir da diversidade de objetos dentro da mesma temática que é a loucura, tratada pela Lei 10.216, esse tema não está fundamentado apenas na sua existência ou constituição, o que gera várias abordagens.

Assim, Foucault (2007, p. 23) aponta:

A unidade dos discursos sobre a loucura seria o jogo das regras que definem as transformações desses diferentes objetos, sua não-identidade através do tempo, a ruptura que neles se produz, a descontinuidade interna que suspende sua permanência. De modo paradoxal, definir um conjunto de enunciados no que ele tem de individual consistiria em descrever a dispersão desses objetos,

apreender todos os interstícios que os separam, medir as distâncias que reinam entre eles – em outras palavras, formular sua lei de repartição.

Um aspecto que merece ser registrado quanto à análise do dispositivo Reforma Psiquiátrica é a sua brevidade em tratar o tema. Tal fato aponta para um possível desinteresse pelo assunto e a dificuldade em tornar efetivo o texto legislativo, ao menos na época em que a lei foi promulgada. Mesmo trazendo dentro do texto os direitos das pessoas com transtorno mental e um novo modelo assistencial e protecionista, a lei falhou em não apontar meios que proporcionem a efetividade e a eficácia de seus objetivos e ainda deixou vago a não penalização por parte de quem viola os direitos das pessoas com transtorno mental. Apesar de tudo, a Lei representa um avanço significativo, uma vez que se concentra no apoio da comunidade e fornece condições para a proteção das pessoas com transtornos mentais.

OS DIREITOS DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS

A Lei 10.216 que possui como corpus os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e a proteção delas, desenvolvendo como um novo modelo de assistência em saúde mental. Isso fica exposto logo na sua apresentação: “LEI No 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. Aqui é possível perceber uma construção de forma abstrata nos objetivos da própria Lei, uma vez que faltou designar conceitos e alternativas quando as medidas citadas neste ordenamento jurídico não forem capazes de alcançar a sua efetividade na prática.

Os arts. 1º e 2º focam elencar os direitos dos pacientes portadores de transtornos mentais, sendo o primeiro uma garantia à igualdade formal de pessoas com transtornos mentais, desde que assegurados os direitos e a proteção de pessoas com transtornos mentais, e não haja discriminação de forma alguma sobre raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, escolha política, nacionalidade, Idade, família, recursos econômicos e tempo de gravidade ou evolução da doença ou de outras doenças. Esta proteção é necessária, porque afeta diferentes áreas da vida da pessoa discriminada e afeta o acesso a tratamento e cuidados, emprego e educação adequados, exacerbando os transtornos mentais (53).

Também são direitos da pessoa portadora de transtorno mental (parágrafo único do Art. 2º, p. 2):

I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

– ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

– ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde.

Além de que a norma ressalta a responsabilidade do Estado no desenvolvimento da política da saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família (Art. 3º).

Diferentemente do projeto original, a Lei nº 10.216/01 permite a existência de hospitais psiquiátricos como recursos de tratamento. Os artigos do 4º ao 10º definem e padronizam o tipo de hospitalização. É proibida a internação em instituições com natureza de asilo, as que não dispõem de recursos para garantir aos pacientes os direitos listados no parágrafo único do artigo 2º.

Independente da modalidade a internação – essa só passou a ser indicada quando recursos extra-hospitalares se mostram insuficientes (art. 4º), devendo ser autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado onde se localiza o estabelecimento (art. 8º), mediante apresentação de laudo circunstanciado e adequadamente motivado (art. 6º). Observando-se o caput do artigo 4º é perceptível que o legislador já previa que as possíveis falhas e insuficiências de recursos do SUS poderiam levar à ausência de efetividade normativa, o que tornaria o art.4º da Lei apenas uma norma programática, não atendendo às necessidades essenciais da pessoa acometida por transtorno mental.

Entretanto, segundo Amarante e Yasui (2006, p. 12), o limite à internação imposto pelo Art. 4º, “quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”:

Pode funcionar como um incentivador, pois o fato de não existir uma rede assistencial extra-hospitalar abrangente no país (embora seja muito mais ampla do que há alguns anos atrás [sic]), autoriza a internação e não necessariamente estimula a constituição desta rede.

Ainda dentro do contexto do caput do artigo 4º, é preciso abordar a preocupação da Lei 10.216, em resguardar o princípio da dignidade da pessoa humana, quando prevê a internação como uma medida de caráter excepcional, devendo ser usada frente a falhas dos tratamentos ambulatoriais.

A lei também estipula que o objetivo do tratamento é integrar permanentemente os pacientes em seu ambiente e oferecer assistência abrangente aos pacientes com transtornos mentais por meio de uma equipe multidisciplinar.

A existência contínua de vida comunitária e familiar, além de direito, é importante para o tratamento e a melhora dos pacientes (FUREGATO, 2002; MUSSE, 2008; CAVALHERI, 2010). Documentos internacionais reconhecem que todos os que possuem doença mental devem ter o direito de viver e trabalhar na comunidade, na medida do possível. Outro documento, a Declaração de Caracas (1990), afirma que recursos, cuidados e tratamentos devem focar em manter as pessoas com transtornos mentais na comunidade. Portanto, mais e mais aumentou a consciência de que as internações de qualquer tipo devem ser evitadas.

A norma em estudo, além de elencar os direitos relativos à pessoa com transtornos mentais também introduziu inovações no tratamento, superando as motivações de risco como base para implementação de medidas de hospitalização (GRECO, 2013).

É importante observar que a comunidade médica se mobiliza há vários anos para evitar a internação de pacientes com doença mental, admitindo-se apenas os casos mais graves quando o convívio do paciente com sua família e com a sociedade se torna perigoso. A Resolução nº 113 do Conselho Nacional de Justiça confirmou esse entendimento em seu artigo 17, especialmente o caráter excepcional da medida, afirmando que os juízes que têm autoridade para implementar medidas de segurança devem

propor políticas antimanicomiais, na medida do possível, como estabelecido na lei 10.216/01.

MODALIDADES DE INTERNAÇÃO

A Legislação prevê em caso de excepcionalidade três formas de internação (art. 6º): voluntária, que se dá com o consentimento do usuário; involuntária, que ocorre sem o consentimento do usuário, e compulsória, quando determinada pela justiça.

Em relação à internação voluntária, a Lei nº 10216, de 2001 estipula que só pode ser realizada se o paciente declarar aceitação por escrito. Para isso, ele deve ser maior, não interdito civilmente e ser psicologicamente orientado. Também se propõe que haja um indivíduo responsável pelo doente nos serviços de saúde mental (BRITO, 2011). Porém, é importante dizer que não existe requisito legal para uma pessoa ser responsável durante a internação voluntária de pacientes com doenças mentais. Com relação à capacidade:

o critério legal para definir capacidade tem como foco o entendimento do paciente sobre sua doença e suas consequências, os vários tratamentos disponíveis e seus riscos e benefícios, e a credibilidade das informações para que seja tomada uma decisão por parte do indivíduo afetado pela doença que, obviamente, requer alguma habilidade intelectual (FORTES, 2010, p. 327).

Portanto, na internação voluntária, pacientes com transtornos mentais podem tomar decisões sem serem afetadas por conta dos transtornos mentais e não precisam de pessoas responsáveis. Por outro lado, se ele não puder decidir seu próprio estado de

saúde, a internação será involuntária, requerendo-se a solicitação do responsável que tomará “em suas mãos as deliberações sobre a vida dele, analogamente ao caso das pessoas interditadas” (BARROS, SERAFIM, 2009).

A modalidade de internação involuntária, prevista na Lei em questão, é realizada em caso de emergência ou a pedido de um membro da família ou responsável legal sem o consentimento do paciente, porque a condição clínica do paciente não permite seu consentimento. Vale ressaltar que o pedido por si só não é suficiente para que a internação ocorra, sendo necessária a aprovação por um médico que esteja oficialmente registrado no Conselho Regional de Medicina do estado onde a instituição está localizada (BRASIL, 2001).

Das informações que devem estar contidas neste documento, destacam-se: o tipo de internação (voluntária ou involuntária), o motivo e justificativa da internação e a descrição dos motivos de discordância do usuário que está sendo internado (MS, 2002).

Hospitalização involuntária pode ocorrer em situações comuns ou de emergência. No primeiro caso, a autorização judicial deve ser obtida antecipadamente. Em hospitalizações de emergência, o caso deve ser relatado ao Ministério Público dentro de 72 horas (BRASIL, 2001). O responsável pela comunicação ao setor público é o diretor clínico. A portaria GM nº 2.391/02 estabeleceu um formulário que consiste em Termo de Comunicação de Internação Involuntária. Entre as informações que devem ser incluídas no documento, destacam-se: o tipo de internação (voluntária ou involuntária), o motivo da internação e a descrição de porquê o paciente foi internado (MS, 2002).

A Lei 10.216/2001 define internação compulsória como a submetida por “decisão judicial”. Nesse tipo de hospitalização, o juiz deve “considerar as condições de segurança da instituição para garantir a segurança do paciente, dos outros pacientes e funcio-

nários” (BRASIL, 2001; BARROS, SERAFIM, 2009). Um dos tipos de internação obrigatória é a medida de segurança, que representa uma forma legal encontrada pelo judiciário para tratar pacientes com doenças mentais que violem a lei criminal (COHEN, 2006).

Essas pessoas não podem ser consideradas criminosas por lei, por conta do transtorno mental, pois não conseguem entender a natureza ilegal dos fatos ou determinar com base nesse entendimento quando o crime ocorre. Por isso, é-lhes aplicada a medida de segurança que pode ser: internação em hospital psiquiátrico ou, na ausência de tais estabelecimentos, em outra instituição adequada; ou receber tratamento ambulatorial (BRASIL, 2012).

A LEI E O MINISTÉRIO PÚBLICO

Como visto, a lei 10.216/2001 também determina que qualquer internação involuntária e todo registro de alta de um paciente devem ser informados ao Ministério Público Estadual em até 72 horas, conforme reza o art. 8º, § 1º.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina – CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

Essa interação é importante, pois o Ministério Público foi inserido na situação para que houvesse uma função reguladora e

para verificar se os direitos dos internos estariam sendo cumpridos, ou para informá-los a respeito.

O responsável por essa comunicação é o diretor clínico. Com isso, o Ministério Público foi inserido na Lei como um ator com função reguladora, colocando-se “em ação um dispositivo de segurança e proteção dos direitos do portador de transtorno mental quando o mesmo é internado involuntariamente” (BRITO, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em vista da breve pesquisa apresentada, a Lei 10.216/01 focaliza as preocupações do setor público com a saúde mental e busca encerrar o modelo de hospitalização de asilo, que viola os direitos humanos mais básicos dos pacientes, se mostrando também um método eficaz de prevenção, tendo como meta a reabilitação de pessoas com transtornos mentais e sua integração à sociedade.

Para evitar modelos baseados na internação e na assistência extra-hospitalares, o atendimento em centros de atenção psicossocial deve dar prioridade aos pacientes que necessitam de cuidados prolongados.

Nas unidades extra-hospitalares, os pacientes com transtornos mentais continuam recebendo o tratamento prioritário que merecem, mas não são internados e mantêm a vida familiar sempre que possível. O CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) é um departamento especializado em saúde mental que fornece aos pacientes esse tipo de atendimento clínico e até atividades de reinserção social. Para os que perderam os laços familiares ou não os têm, foram criadas residências terapêuticas.

Com a promulgação da Lei nº 10.216/01, quando se comprova que os recursos extra-hospitalares são insuficientes, as medidas

de internação podem ser utilizadas. Mas apenas como último recurso, pois o ideal é reintegrar o paciente à sociedade.

Portanto, a escolha do tratamento deve considerar fundamentalmente o paciente com transtornos mentais, suas doenças e as necessidades de avaliação em situações específicas, e não se concentrar na proteção social baseada no risco que a pessoa oferece. O doente mental no Brasil é um sujeito de direitos e detentor do princípio fundador da Constituição Federal de 1988, que é a dignidade da pessoa humana.

É inegável que a Lei 10.216/2001 realizou um grande avanço na luta pela garantia da efetividade dos direitos humanos dos pacientes acometidos por transtorno mental, uma vez que trouxe em seu texto um modelo que busca ao máximo evitar a internação desses pacientes em estabelecimentos que acabam os segregando do convívio familiar.

No entanto, apesar de todo avanço no ordenamento jurídico, a Lei 10.216/01 por si só não garante a mudança na forma de tratamento das pessoas com transtornos mentais. É necessária uma mudança na cultura de segregação e discriminação e na forma de atendimento por parte dos profissionais.

Tornar efetivo o modelo antimanicomial trazido pela Lei 10.216/01 implica em enxergar o paciente com transtorno mental como um sujeito de direitos em situação de vulnerabilidade. É assumir o compromisso por parte do Estado, da Sociedade, de todos os profissionais e da família, que o insano mental deve ser respeitado e orientado para o convívio social e não ser segregado e esquecido, trancafiado nas unidades tidas de “recuperação”. O doente mental tem direito à cidadania e à dignidade humana.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.; YASUI, S. **Avanço e retrocesso na Reforma Psiquiátrica**: notas para refletir a Lei 10.216. mimeo, 2003.

BARROS, Daniel Martins de; SERAFIM, Antonio de Pádua. Parâmetros legais para a internação involuntária no Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 168-170, 2009.

BRASIL. **Lei 10.216 de 06 de abril de 2001**: Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Planalto: 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 2.391/02**. Brasília: MS, 2002.

BRITO, Emanuele Seicenti de; VENTURA, Carla Aparecida Arena. Evolução dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais: uma análise da legislação brasileira. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 47-63, 2012.

CAVALHERI, Silvana Chorratt. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 51-57, 2010.

COHEN, C. Medida de segurança. In: COHEN, C.; FERRAZ F.C.; SEGRE, M. (Org.). **Saúde mental, crime e justiça**. São Paulo: Edusp, 2006.

CPDOC. **Verbete Biográfico Delgado**, Conferir. Disponível em: <http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-biografico/paulo-gabriel-godinho-delgado> Acesso em 22 jul. 2020.

DE CARACAS, Declaração. Adotada pela Organização Mundial de Saúde em Caracas. Venezuela, 1990.

FORTES, HM. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. **Rev Bras Saude Mater Infant.**, v.10, suppl.2, p. s321-s330. 2010.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**: na Idade Clássica. Tradução José Teixeira Coelho Neto. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2007.

FUREGATO, Antonia Regina F.; SANTOS, Priscila Silva; NIEVAS, Andréia Fernanda; SILVA, Edilaine Cristina. O fardo e as estratégias da família na convivência com o portador de doença mental. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 11, n. 3, p. 51-56, 2002.

GRECO, Rogério. **Curso de Direito Penal – Parte Geral**. 15a ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2013, vol. 1.

MUSSE, Luciana Barbosa. **Novos sujeitos de direitos**: as pessoas com transtorno mental na visão da bioética e do biodireito. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Livro de recursos da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação**:

cuidar, sim – excluir, não. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2005.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência & saúde coletiva**, v. 16, p. 4579-4589, 2011.

CAPÍTULO II

HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL E DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: PRINCÍPIOS GERAIS NO MUNDO E NO BRASIL

*Rosa Martha Ventura Nunes
Celly Victória Formiga Oliveira
Matheus Medeiros Dantas
Joyce de Souza Vêras
Italo Barros Xavier*

INTRODUÇÃO

A doença mental nem sempre foi percebida e tratada cientificamente, sendo as pesquisas relacionadas a ela, historicamente negligenciadas. As pessoas portadoras de transtornos sempre foram submetidas a medidas segregativas que não visavam sua reabilitação e reinserção na sociedade. E o entendimento acerca das desordens mentais percorreu constantes transformações. Nos últimos tempos, em várias partes do mundo, houve mudanças importantes a favor das pessoas com problemas mentais, culminando em Reformas Psiquiátricas que respeitam sua subjetividade e seus direitos (SILVA, 2019).

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica consiste em um processo social, político, jurídico e cultural cujo propósito é transformar as práticas referentes ao cuidado à saúde do portador de transtorno mental e sua relação com a sociedade. Desta forma, visa a construir novos saberes e práticas, voltados a superar o modelo hospitalocêntrico tradicional e a consolidar os direitos, à liberdade e à cidadania dos indivíduos com algum grau de sofrimento psíquico (BRASIL, 2016).

Antes desse movimento, o Estado brasileiro assegurava, pela legislação, que os portadores de doenças mentais fossem privados do convívio social com o pretexto de que tal medida os protegeria e aos demais cidadãos. Apenas alguns profissionais da área de saúde e intelectuais manifestavam-se contra essa forma de exclusão. Reverter esse processo e essa mentalidade no país custou muita movimentação e conscientização da sociedade, de profissionais de saúde, de militantes políticos, de reverberações no Congresso Nacional até que a Reforma se consolidasse e o modelo manicomial fosse derrubado (SANTOS; MIRANDA, 2015).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira surgiu em meio a influências de outros movimentos mundiais, dentre eles, o processo de desinstitucionalização ocorrido na Psiquiatria Italiana. E aqui no país, muito se deve ao Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental, iniciado na década de 1980. Chamada luta antimanicomial, esse movimento tinha o objetivo de mudar o modelo de tratamento asilar que segregava os usuários, e sugerir novos caminhos para a Atenção à Saúde Mental, por meio de tratamentos que abrangessem uma Rede de Atenção Psicossocial (SANTOS; MIRANDA, 2015; OLIVEIRA et al., 2020).

O presente capítulo aborda a evolução histórica da Psiquiatria e o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil e no mundo, possibilitando uma visão ampliada do passado e do presente na

construção de um cenário mais humanizado, em que a reinserção do portador de transtorno mental ao seu convívio social e familiar passou a ocorrer de forma digna.

O PASSADO QUE TENDE A SE PERENIZAR

Nas sociedades mais primitivas, a loucura tinha significados místicos e religiosos, predominando uma concepção sobrenatural sobre o louco, visto como fruto de manifestação divina. Nesse ambiente, o lugar reconhecido como terapêutico era principalmente a natureza.

Na Idade Média, a religião e a Igreja, que exerciam um papel muito forte na vida das pessoas, aceitavam o comportamento diferenciado dos loucos como vontade divina. Nesse longo período histórico, porém, houve a Inquisição religiosa que perseguia, torturava e matava diversos seguimentos sociais considerados desviantes dos padrões normais da sociedade, e os doentes mentais passaram a serem vistos como hereges. A marginalização e o preconceito aflorados na época perduram até os dias atuais (DAMETTO; ESQUINSANI, 2017).

Com o declínio do Feudalismo e a ascensão do Renascimento (momento marcado por muitos avanços sociais, culturais científicos e políticos), a teologia foi perdendo seu lugar na explicação e na dominação do mundo. Nesse período, coincidente com o processo da Revolução Industrial, os loucos passaram a ser vistos como vagabundos e preguiçosos, pois não podiam trabalhar. E o que passou a ser primordialmente valorizado foi a produtividade e o acúmulo de riquezas. Antigos leprosários—instituídos na época da lepra e peste negra por volta do ano de 1348)—passaram a ser usados como casas de internação para loucos, mendigos, pobres e

outros grupos tidos como indesejáveis (AMANCIO; ELIA, 2017). As instituições para loucos, no decorrer dessa história, receberam diversas denominações tais como hospícios, asilos, manicômios, hospitais psiquiátricos; mas independente do nome como eram conhecidas, todas elas tinham a mesma finalidade: esconder o que não se desejava ser visto pela sociedade.

O Bethlem Royal Hospital foi o primeiro hospital psiquiátrico, fundado em 1247 em Londres. Era famoso pela forma desumana como tratava os doentes e permitia que visitantes pagantes assistissem a espetáculos protagonizados pelos internos, como um verdadeiro circo de horrores. Outras instituições no mesmo sentido foram iniciadas na Europa, particularmente na Espanha e na Itália.

Assim, já no século XVII, os manicômios abrigavam além dos doentes mentais também outros marginalizados da sociedade, que igualmente eram considerados perturbadores da ordem social, dentre os quais se citam os mendigos, desempregados, criminosos, prostitutas, doentes crônicos, alcoólatras e pessoas sem domicílio. O enclausuramento coletivo de pessoas consideradas incômodas à sociedade passou a ocorrer com o intuito de esconder a miséria gerada pela desordem social e econômica da época. Com a mistura de doentes e não doentes, esses locais tornaram-se depósitos de marginalizados, excluídos, enclausurados e não cidadãos.

Com advento da Revolução Francesa, inspirada nos ideais iluministas que geraram uma visão humanista e laica da vida, a psiquiatria passou a ser um saber médico e houve uma preocupação quanto à reabilitação dos loucos, agora chamados doentes mentais. Dentre as inúmeras teorias científicas surgidas a respeito das doenças no século XVIII, incluindo as doenças mentais, emergiu o *Alienismo*, que impactou tradições médicas tanto na Europa como nas Américas. O alienismo visava tratar os alienados

mentais através de ações médicas, levando-os à sanidade para que pudessem participar da “nova” sociedade, ou seja, significou a possibilidade de tratamento para pessoas até então vistas como irre recuperáveis. Essa mudança de mentalidade foi uma das transformações mais marcantes da época (TEIXEIRA, 2019). Mas o enclausuramento continuou, embora não como sinônimo de exclusão e sim, com um caráter terapêutico. A ideia era: é necessário isolar o paciente em locais adequados – nos manicômios – afastando-o do meio no qual gera distúrbios. O movimento alienista tinha como principais elementos de terapêuticos o isolamento e o tratamento moral. Pinel, Esquirol, Ferrus são alguns de seus representantes.

Uma das figuras mais importantes dessa história é a de Philippe Pinel que, no final do século XVIII realizou um estudo num dos hospitais da França, onde se misturavam doentes mentais e outros desprezados pela comunidade. Pinel desassociou os tipos e casos e os sistematizou, o que acabou por representar o início da psiquiatria, apontando a loucura como uma doença a ser tratada. Ele criou o chamado tratamento moral clínico-hospitalar. Em 1801, publicou a obra “Tratado médico filosófico sobre a alienação mental” que apresentava uma proposta de sistematização para o tratamento dos doentes, priorizando o afastamento dessas pessoas da comunidade e justificando o isolamento. O livro continha desde informações sobre o tratamento até orientações acerca da organização dos asilos. A seu ver, nesses locais os médicos poderiam observar os pacientes de forma a classificá-los de acordo com os estágios de sua doença e direcioná-los à cura (OLIVEIRA, 2016).

Na transição do século XIX para o século XX, o famoso médico neurologista e psiquiatra Sigmund Freud, apresentou sua teoria de que o transtorno mental corresponde a um conflito entre elementos conscientes e inconscientes da psique, e poderia ter origens genéticas, sociais, psicológicas e físicas (ESQUINSANI;

DAMETTO, 2017). E desde então, muitos profissionais passaram a adotar tratamentos farmacológicos e psicológicos baseados nas teorias tanto de Freud como de seu discípulo Carl Jung, o que permitiu reduzir significativamente a necessidade da contenção física e da internação por longos períodos.

No entanto, é importante ressaltar que, até o século XX, instrumentos como camisas-de-força e quartos-fortes ou “prisões-acolchoadas”, choques elétricos, operações no cérebro, e outras verdadeiras torturas foram utilizados para controlar os cidadãos com transtornos mentais, em nome da psiquiatria dita científica. É importante nunca esquecer que os hospitais psiquiátricos surgiram no mesmo cenário de exclusão social que os leprosários e não possuíam finalidade terapêutica. Funcionavam como entidades administrativas e como abrigos. Os hospícios eram considerados instituições que se dirigiam especificamente aos doentes mentais à procura de diagnósticos e curas. Foi através das internações, que a loucura passou a ser um tema de estudo da medicina e interpretada como desvio da normalidade (VEIGA, 2019).

O filósofo francês Michel Foucault e o sociólogo e antropólogo canadense Erving Goffman estão entre os autores que aprofundaram criticamente a história dos asilos. Ambos defendiam a liberdade, os direitos e melhores tratamentos para as pessoas com algum grau de sofrimento psíquico. Segundo Goffman, a instituição psiquiátrica, classificada por ele como instituição total, estabelecia uma barreira contra o mundo externo. E o indivíduo isolado encontrava-se sujeito a uma rotina de atividades pré-determinadas por terceiros, acentuando sua alienação em relação às decisões da própria vida (MUHL, 2019).

Para Foucault, até meados do século XIX a psiquiatria não se apresentava como saber médico, mas como uma forma de higiene social contra os perigos do transtorno mental. Os médicos eram

símbolos de autoridade e exerciam uma forma de poder, o poder psiquiátrico: os procedimentos realizados por eles caracterizavam ferramentas de opressão da mesma forma que os interrogatórios e o trabalho obrigatório (MUHL, 2019).

Em contramão destas posturas e procedimentos como o choque cardiazólico, o coma insulínico, o eletrochoque e a lobotomia, Nise da Silveira se apresenta no Brasil da década de 50 em favor da psicofarmacoterapia e oficinas terapêuticas. Ela adotava o tratamento medicamentoso como procedimento necessário para reorganizar os pacientes em surtos agudos, já em relação às oficinas destacava, além da costura, sapataria, jardinagem, carpintaria, teatro, salão de beleza, e atividades expressivas como modelagem em argila, pintura etc. Em 1952, Nise e seus colaboradores fundaram o Museu do Inconsciente, que atualmente conta com um acervo de 350 mil obras, sendo ainda centro de pesquisa sobre o processo criativo e a loucura (CARVALHO; AMPARO, 2006).

O PRESENTE EM CONSTRUÇÃO

Os primeiros movimentos de reforma psiquiátrica ocorreram na Europa. Os hospitais para loucos funcionaram até meados de 1960, ocorrendo após, uma desinstitucionalização de abrangência internacional. Na Grã-Bretanha, o psiquiatra inglês John Conolly conseguiu que os hospitais abrissem suas portas e não mais mantivessem os internos trancafiados. Os manicômios do país foram transformados em instituições terapêuticas (VENTURINI, 2017).

No interior dos movimentos de contracultura da década de 1960, surgiu o Movimento Antipsiquiátrico Internacional em 1965, liderado pelo psiquiatra sul africano David Cooper e pelos psiquiatras britânicos Ronald Laing e Aaron Esterson. Essa comoção

social criticava o ato de deter e tratar doentes mentais em manicômios, defendendo o debate sobre o sofrimento mental de maneira ampla social e política, e uma forma de assistência que respeitasse a autonomia do ser humano (SILVA; SILVA, 2017).

Nos Estados Unidos, onde a iniciativa privada comanda o setor saúde, a desinstitucionalização sofreu críticas por causa da falta de amparo de uma política pública necessária aos pacientes reinsertos na sociedade americana. Com a comoção social, política e cultural da década de 1960, o então presidente John Kennedy expediu, em 1963, um decreto para que o tratamento da doença mental fosse realizado na comunidade, consoante aos conceitos da Psiquiatria Preventivista. Houve a criação de centros de saúde mental comunitários nos quais os pacientes passaram a ser acompanhados após alta hospitalar (VENTURINI, 2017).

Em 1978, o médico Franco Basaglia conseguiu efetivar a ruptura do modelo pineliano de internação e promoveu o encerramento dos manicômios na Itália, por meio da Lei nº 180 de sua autoria, incorporada à lei italiana de Reforma Sanitária. Basaglia fez um trabalho pedagógico: realizou experimentos em duas instituições italianas com seu método a que denominou *Psiquiatria Democrática*. A estratégia consistia numa rede de cuidados respeitosa e humanitária. Para Basaglia, era fundamental retomar a autonomia e cidadania dessas pessoas, respeitando a subjetividade e viabilizando, por meio das práticas assistenciais, a sociabilidade. O método de Basaglia inspirou movimentos ao redor do mundo, incluindo o brasileiro (OLIVEIRA et al., 2020).

Os registros sobre a história da saúde mental no Brasil datam da chegada da família real no país em meados do século XIX. Concomitante à colonização portuguesa, surgiram as Santas Casas de Misericórdia que não tinham um grande público a ser atendido pelo fato de serem distribuídas apenas nas principais cidades, não abrangendo a população que mais necessitava. Inclusive,

muitas foram desativadas pela falta de demanda (GONÇALVES; GOULART, 2015).

Com a chegada da família real, as pessoas de famílias ricas que portavam algum tipo de doença mental eram tratadas em espécies de asilos ou nas Santas Casas, sendo afastadas da sociedade. Esse isolamento causava espanto e vergonha. E havia sentimentos negativos em relação a ter um louco como parente. Nas Casas de Misericórdia se abrigavam também os doentes mentais. E para eles, elas funcionavam como espécie de cárceres onde recebiam tratamento desumano (SANTOS; MIRANDA, 2015).

Além das Casas de Misericórdia, havia Asilos de Mendicância e de Órfãos, para onde se enviavam os desviantes, ou seja, os desempregados, moradores de rua, órfãos, loucos entre outros. Todos eram subordinados à igreja católica. Os portadores de doenças mentais eram maltratados e muitos morriam. Em virtude disso, médicos que atuavam nestes locais, dentre eles José Clemente Pereira, provedor das Santas Casas, idealizaram um movimento com o intuito de que os loucos fossem levados a um lugar específico. Esse movimento ficou conhecido pela expressão “aos loucos o hospício” (OLIVO; LEHMANN, 2015).

A força do movimento por hospícios pode ser associada à intenção de urbanizar e reorganizar o país esteticamente, Dom Pedro II assinou um decreto que determinou a remoção dos alienados que transitavam em ruas e vias e a construção de um hospital direcionado para eles, o que foi considerado o marco da psiquiatria no Brasil. A iniciativa que parecia uma boa solução, imediatamente revelou-se um problema: superlotação, maus-tratos e ausência de cuidados para a cura dos doentes mentais (OLIVO; LEHMANN, 2015; YASUI; BARZAGHI, 2018).

O Hospital Nacional de Alienados foi fundado para substituir o antigo hospício Pedro II, mudança de nome que se deveu à Proclamação da República. O quantitativo de pacientes no local era

alto e muito grande a demanda por assistência. Em decorrência, muitos pacientes foram transferidos para a Colônia Juliano Moreira e outras instituições. Vale ressaltar que os alienados, ainda que distantes da sociedade permaneceram vivendo em constante vigilância de guardas, enfermeiros e médicos, passando por restrições e humilhações diárias. Esses profissionais e os demais internos eram as únicas pessoas com quem os doentes tinham contato (SOUZA, 2019).

A literatura mostra o uso desnecessário da força física nesses locais, a superlotação, as ameaças e os maus tratos policiais. Continuava o costume de juntar aos doentes mentais, pessoas consideradas inconvenientes ou perigosas à sociedade, como criminosos, mendigos, alcoólatras, dentre outros. Sabe-se ainda que alguns pacientes recebiam cuidados de enfermeiros particulares, mas, a maioria ficava à mercê de tratamentos cruéis ou sem os cuidados necessários. Apesar dessas diferenciações de classe, o olhar preconceituoso sobre os portadores de transtornos mentais ultrapassava a barreiras do poder aquisitivo e do status social (SOUZA, 2019).

A Enfermagem teve grande participação nas mudanças que concernem à história da saúde mental e nas transformações que ocorreram na prática assistencial dos doentes mentais. As pessoas que cuidavam dos enfermos à época não eram profissionais, mas irmãs de caridade, pessoas leigas, serventes ou mesmo ex-pacientes. Com o advento da primeira república, em 1889, as freiras foram depostas dos cargos, por causa do declínio do poder religioso no Brasil. Em consequência, para atender às necessidades dos hospitais com a remoção das freiras, buscaram-se enfermeiras na França. Essa foi a primeira tentativa de ensino de enfermagem no Brasil, porém sem êxito, porque na França a maioria dos serviços ainda era prestado por religiosas (SILVA, 2017).

No ano de 1890, foi criada a Assistência Médica e Legal aos Alienados por meio do Decreto nº 206-A, com a finalidade de re-

ceber os doentes mentais, tanto nacionais como estrangeiros, que precisassem de ajuda do poder público. Esse movimento estendeu a assistência ao interior do país e aos subúrbios das capitais. No mesmo ano criou-se a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras dentro do Hospital Nacional dos Alienados, para que as pessoas envolvidas na assistência atuassem no campo da psiquiatria segundo diretrizes estabelecidas. Em 1916, instruções básicas para os tratamentos foram determinadas por meio de um estatuto (SAIOL, 2016; SILVA, 2019).

Entre os anos de 1890 e 1930 a introdução desses práticos no país ganhou força, cabendo a eles a responsabilidade de assistir ao paciente, auxiliar o médico em procedimentos e administrar drogas. É importante salientar que estas pessoas não eram enfermeiros, apenas eram contratadas para desenvolver as atividades junto aos pacientes. Recebiam o título de enfermeiros em psiquiatria, coroando sua prática, mas a ciência da enfermagem ainda não havia chegado ao país. A formação de enfermeiras psiquiátricas no Brasil teve início apenas no ano de 1923, quando Anna Nery adotou o modelo de Florence Nightingale. Antes disso a assistência era prestada informalmente (SILVA, 2017).

Outro ponto importante nesta história foi a criação de Colônias Agrícolas que ganharam grande relevância no cenário da psiquiatria nacional. Eram consideradas estratégias eficazes por possuírem baixo custo e terem valor terapêutico relevante. Elas tiveram papel imprescindível no tocante a pacientes incuráveis, por inseri-los em grupos sociais, levando ao esvaziamento do Hospício Nacional. Economicamente falando, as colônias se apresentavam rentáveis, uma vez que boa parte da mão de obra de cultivo provinha dos próprios doentes mentais que trabalhavam para manter as condições sustentáveis do lugar (SAIOL, 2016).

Não obstante, o decreto de criação da assistência aos alienados incidu sobre o que vinha ocorrendo. A jurisdição sobre tais

hospitais e colônias passou a ser nacional e centralizada no Rio de Janeiro, capital do Brasil à época. A assistência aos doentes mentais se reorganizou, criando-lhes direitos e garantias, bem como atribuições, procedimentos de admissão e requisitos mínimos para a criação de asilos e hospícios. A partir de então, a assistência aos doentes mentais foi federalizada, gerando instabilidade para os Estados (SAIOL, 2016).

As colônias surgiram como uma medida de humanização e empatia para o tratamento de doentes mentais, visando, além disso, à redução do fluxo de enfermos internados no Hospital Nacional. A Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro, fundada em julho de 1911, foi uma das instituições para a qual alguns dos pacientes do Hospital Nacional de Alienados foram transferidos. Ela era voltada para o atendimento de mulheres que não tinham condições de pagar por sua assistência e tinham que trabalhar para custear o próprio tratamento (VALENTIM et al., 2019). Nessa colônia, buscou-se a modernização de diagnoses e terapêuticas. A mudança no método de cuidar da loucura por meios científicos aconteceu nesse caso, pelo admirável patrocínio de Juliano Moreira, médico que assistia aos alienados no Distrito Federal. Moreira assumiu a liderança do hospício em 1903, quando houve denúncias de maus-tratos e de distanciamento de qualquer assistência legitimamente terapêutica (VALENTIM et al., 2019).

Em meados da década de 1930, surgiram algumas novas terapias como a do sono profundo (1903), a eletroconvulsoterapia (tratamento psiquiátrico que provoca alterações na atividade do cérebro, induzidas através da corrente elétrica) e a psicocirurgia (cirurgias voltadas para o tratamento mental), requerendo práticas mais específicas dos profissionais de enfermagem. Porém essa categoria profissional tinha suas ações voltadas para manutenção das normas e das rotinas asilares. Nos anos 1950 a 1960,

surgiram terapias medicamentosas, ou seja, drogas psicotrópicas, tornando os doentes menos agressivos e agitados, tornando desnecessário o uso de travas nas portas e camisas de contenção. Aos poucos os asilos foram se ajustando aos novos processos, e os profissionais de enfermagem expandiram seu conhecimento e identidade (MIRANDA et al., 2019).

Em virtude do cenário mencionado, nas primeiras décadas do século XX, as ações da enfermagem eram desgastantes e insalubres. Prontamente a inserção desses profissionais no âmbito hospitalar psiquiátrico passou a ser vista como uma área de atuação especializada. No entanto, ainda na década de 1980, enfermeiros e enfermeiras que trabalhavam nas instituições psiquiátricas associavam seu emprego a um castigo. Para completar, para esses locais eram direcionados funcionários considerados rebeldes e problemáticos (SILVA et al., 2020).

Na busca para conhecer as causas das disfunções mentais, a comunidade científica dividia-se em duas direções: uma considerava que as patologias se associavam a fatores orgânico/biológicos; outra defendia a ideia de que havia uma ligação entre a doença e as relações humanas (SOUZA, SANTOS e SANTOS, 2020). É dessa época a Teoria das Relações Interpessoais, elaborada por Hildegar Peplau, nos Estados Unidos da América, que propugnou uma melhor interação entre profissionais de enfermagem e pacientes, visavando à humanização do atendimento e a contribuição mútua (GARCIA et al., 2017).

Por volta da metade do século XX houve grande incremento no número de internações nos hospitais psiquiátricos, o que fez aumentar a quantidade de manicômios no país. Em consequência, quase a totalidade dos recursos para saúde mental época era direcionada para os hospícios. Na década de 1960, o governo militar optou por privatizar a assistência psiquiátrica, havendo

uma corrida para esse tipo de entidade. Vale salientar que nelas, os próprios internos trabalhavam na manutenção, gerando lucro para os proprietários. (RIBEIRO; SILVA; HOLANDA, 2017).

O processo atual de desospitalização, também chamado de Reforma Psiquiátrica no Brasil surgiu no final da década de 1970, marcado pela crise do modelo de cuidados e eclosão de movimentos sociais. As lutas pela qualidade dos serviços de saúde mental apareceram simultaneamente com o da Reforma Sanitária Brasileira, que ampliou o debate sobre denúncias de maus tratos dos doentes e sobre reivindicações por melhores condições de trabalho e serviços por parte dos profissionais. Destaca-se o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) de 1978, que marcou o início da reforma e teve como mote a mobilização por reformas já realizadas em outros países do mundo a favor dos portadores de doenças mentais e pela eliminação de práticas psiquiátricas desumanas (TRABUCO; SANTOS, 2015).

Em 1981, o modelo de saúde em crise acelerou a reestruturação, a racionalização, a descentralização e a articulação dos serviços, conforme reivindicado pelo MTSM, o que ajudou a reverter o sistema privado gerado na década de 1960 (BARROS, 2018).

A VIII Conferência Nacional de Saúde que aconteceu em 1986 em Brasília foi considerada a mais importante e distinguiu-se das anteriores por contar com a participação popular. Ela proporcionou discussões que incluíam o financiamento setorial, a reformulação do sistema de saúde vigente e a saúde como direito de todos e dever do estado, viabilizando por fim, a implantação de diretrizes que fizeram parte da Constituição de 1988 e contribuíram para a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) (ALVES, 2019).

Em 1987 ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental com a temática “Por uma sociedade sem manicômios”, que intercedia por pautas ligadas diretamente à saúde mental. A confe-

rência visava a mudanças na legislação e a transformar o modelo hospitalocêntrico de assistência, propondo investimentos nos serviços extra-hospitalares e profissionais (ALVES 2019).

Outro evento importante, nessa caminhada foi o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental que aconteceu em 1987, com o intuito de desdobrar entre os trabalhadores da área as discussões que surgiram durante citada I Conferência. Esse também ficou conhecido como Congresso de Bauru, cidade do interior de São Paulo, escolhida por sua administração engajada com os movimentos sociais. O congresso repercutiu em ações culturais e judiciais e eventos técnicos em que lideranças municipais, familiares e usuários dos serviços de saúde mental expandiram e aprofundaram o propósito de suas reivindicações (YASUI, 2018). O congresso teve como lema: ‘Por uma sociedade sem manicômios’, e também instituiu o dia 18 de maio como o dia nacional da Luta Antimanicomial, trazendo consigo um olhar crítico em relação à questão em pauta, proporcionando discussão sobre a loucura e seu lugar social (YASUI, 2018).

Em meio aos calorosos debates acerca do modelo assistencial aos doentes mentais e como representante da causa, o deputado Paulo Delgado criou e apresentou ao Congresso Nacional o Projeto de Lei 3957/89, que promoveu alta de pacientes há anos internados e a inserção de pesquisadores nas instituições. Dai se iniciou uma discussão sobre a futura lei de saúde mental, redirecionando o dinheiro público para outros dispositivos não-manicomiais e obrigando a comunicação de internações feitas contra a vontade do paciente. Delgado sugeriu o termo “Atenção Psicossocial”, para se referir ao cuidado com o paciente em diferentes perspectivas, não apenas no tratamento. Como comum a período de transições históricas, a imprensa teve papel importante nessa época, pois chamou a atenção da população para os acontecimentos referentes à Reforma, a exemplo do anúncio deste projeto de lei,

promovendo reflexões para que o objetivo do movimento fosse concretizado (AMANCIO; ELIA, 2017).

Em 1990 foi realizada a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica na cidade de Caracas, pela Organização Panamericana de Saúde e Organização Mundial da Saúde. Essa conferência resultou na Declaração de Caracas, que exigia dos países da América Latina que promovessem a reestruturação na assistência psiquiátrica de forma a preservar os direitos humanos e civis dos pacientes. Como consequência iniciou-se a reforma em vários países. No Brasil, a reforma seguiu um modelo já estabelecido que incluiu a desinstitucionalização, territorialização e assistência extra-hospitalar de reinserção dos pacientes na comunidade (TRABUCO; SANTOS, 2015).

Como citado anteriormente, o Sistema Único de Saúde foi incluído na Constituição de 1988. O Distrito Federal e outros sete estados federativos sancionaram leis voltadas para assistência em hospitais psiquiátricos, alterando a terapêutica e outros serviços pertinentes. Além disso, o controle e funcionamento das instituições foram abarcados pelo Ministério da Saúde em onze edições de portarias. Após doze anos de mobilização, em 6 de abril de 2001, o projeto de Lei de Saúde Mental nº 10.216 apresentado por Paulo Delgado foi sancionado pelo então presidente da república Fernando Henrique Cardoso (PIRES, 2016).

Enquanto o projeto de lei estava em análise, surgiram leis estaduais e municipais que propiciavam inovações no atendimento. No ano de 2000 foram criados os Serviços Residenciais Terapêuticos através das portarias 106 e 1220, para pacientes de longa permanência em hospitais psiquiátricos. Além das residências também surgiram Centros de Convivência, Cooperativas de Trabalho, entre outros serviços (AMARANTE; NUNES, 2018).

Havia os que ponderavam acerca do projeto de lei de Paulo Delgado, alegando que com o fim dos manicômios, a sociedade não estaria pronta para receber os doentes, o que influenciou para que a Reforma acontecesse de forma lenta. Vale lembrar que a ideia principal não era fechar os hospitais psiquiátricos, mas diminuir de forma gradual os leitos, sendo estes utilizados quando realmente fosse necessário, extinguindo o modelo asilar anterior e mudando a estratégia terapêutica (PIRES, 2016).

CONCLUSÃO

Constata-se que a Reforma Psiquiátrica foi marcada principalmente por transformações no modo de pensar sobre a doença mental e o modelo de tratamento, no qual o isolamento total passou a dar lugar à inclusão no meio social. Graças aos avanços científicos hoje se tem uma visão racional acerca dos processos patológicos que originam os transtornos, além de um olhar mais humanizado sobre os doentes.

A luta antimanicomial é um processo: ela tem o desafio de estabelecer medidas que, através de políticas públicas, consigam dar outro sentido para o transtorno mental, proporcionando aos enfermos o protagonismo de sua reabilitação. Mesmo diante das dificuldades que abrangem a aplicabilidade das políticas do SUS na prática, observam-se grandes avanços em programas de assistência à saúde mental existentes atualmente, trabalhados por equipe multidisciplinares de saúde, que assistem e reabilitam o usuário de forma integral e o reinserem em seu meio familiar e social.

REFERÊNCIAS

ALVES, Isadora de Souza. **Saúde mental luta antimanicomial e reforma psiquiátrica:** o protagonismo das conferências nacionais de saúde e de saúde mental. 2019. 93fls. Dissertação (mestrado)–Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Franca, 2019. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/182418/Alves_IS_me_fran.pdf?sequence=3&isAllowed=y. Acesso em: 31 mar. 2021.

AMANCIO, Valdene Rodrigues; ELIA, Luciano. Panorama histórico-político da luta antimanicomial no Brasil: as instabilidades do momento atual. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 9, n. 24, p. 22-49, 2017.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e aluta por uma sociedade sem manicômios. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018.

BARROS, Alessandra Minardi Araripe. **As últimas cinco décadas do sistema de saúde no Brasil, a evolução, os insucessos e o crescente interesse pelo uso da fitoterapia nos serviços públicos de saúde.** Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão da Inovação em Fitomedicamentos) – Instituto de Tecnologia em Fármacos/Farmanguinhos, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: cuidado em liberdade, defesa de direitos e Rede de Atenção Psicossocial:** relatório de gestão 2011-2015. Brasília-DF, 2016.

CARVALHO, Sonia Maria Marchi; AMPARO, Pedro Henrique Mendes. Nise da Silveira:

a mãe da humana-idade. **Clássicos da Psicopatologia**, n. 1, p.126-137, 2006.

ESQUINSANI, Rosimar Serena Siqueira; DAMETTO, Jarbas. A loucura, o demônio e a mulher: sobre a construção de discursos no mundo medieval. **História Revista**, v. 22, n. 2, p. 190-203, 2017.

GARCIA, Ana Paula Rigon Francischetti et al. Processo de enfermagem na saúde mental: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de enfermagem**, v. 70, n. 1, p. 220-230, 2017.

GONÇALVES, Aline Moreira; GOULART, Maria Stella Brandão. História das Santas Casas na Assistência à Saúde Mental mineira no século XIX. **Revista Tempos Gerais**, v. 4, n. 2, 2015.

MIRANDA, Jusley da Silva et al. Convulsoterapias na prática psiquiátrica brasileira. **Revista de Enfermagem Referência**, n. 21, p. 159-168, 2019.

MUHL, Camila. Uma conversa sobre a Instituição Psiquiátrica com Goffman e Foucault. **Revista Psico FAE: Pluralidades em Saúde Mental**, v. 8, n. 2, p. 143-155, 2019.

OLIVEIRA, Pedro Henrique Ferreira Danese et al. **A institucionalização do alienismo nos periódicos médicos (Rio de Janeiro, 1832-1852).** 2016. 181 f. Dissertação (Mestrado em História das

Ciências e da Saúde)–Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2016.

OLIVO, Luís Carlos Cancellier; LEHMANN, Leonardo Henrique Marques. Dimensão jurídica da loucura e modelos de atenção à saúde mental em dom quixote. **ANAMORPHOSIS – Revista Internacional de Direito e Literatura**, v. 1, n. 1, p. 99-120, 2015.

PIRES, Joyce Finato; RESENDE, Laura Lemes. Um outro olhar sobre a loucura: a luta antimanicomial no Brasil e a Lei 10.216/2001. **Cadernos da Escola de Direito**, v. 2, n. 25, p. 34-47, 2016.

RIBEIRO, Gessica Greschuk; SILVA, Guilherme Bertassoni; HOLLANDA, Adriano Furtado. Legislação em saúde mental no Brasil (1966-2001): trajeto das campanhas de saúde às reformas na assistência. **Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental**, v. 6, n. 1, p. 13-30, 2017.

SAIOL, José Roberto Silvestre. Legislação psiquiátrica no início da República: entre o protagonismo do Hospício Nacional de Alienados e a interiorização da assistência. **Anais do XVII Encontro da ANPUH–Rio de Janeiro** ISBN, p. 978-85, 2016.

SANTOS, Pedro Antônio N. dos; MIRANDA, Marlene. **O percurso histórico da reforma psiquiátrica até a volta para casa**. 2015. 18fls. Artigo (especialização) – Escola de Medicina e Saúde Pública. Salvador, 2015. Disponível em: <http://www7.bahiana.edu.br/jspui/bitstream/bahiana/366/1/O%20PERCURSO%20HISTORICO%20DA%20REFORMA%20PSIQUIATRICA%20ATE%20A%20VOLTA%20PARA%20CASA.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2021.

SILVA, Juscelino Junio Honorato da. **As violações aos direitos humanos nos tratamentos psiquiátricos da antiguidade e sua integração na atualidade**. 2019. Monografia (Graduação em Direito)–Núcleo de Trabalho de Curso da UniEVANGÉLICA. Anápolis: 2019. Disponível em: <http://45.4.96.19/bitstream/aee/8616/1/TCC%20JUSCELINO%20FORMATADO.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2021.

SILVA, Thomas Josué; SILVA, Denise Regina Quaresma. Caleidoscópio narrativo. **Anuário Antropológico**, v. 42, n. 2, p. 327-351, 2017.

SILVA, Mayara Santos et al. A enfermagem no campo da saúde mental: uma breve discussão teórica. **Revista Amazônia Science & Health**, v. 2, n. 2, p. 40-46, 2017.

SOARES, Joyce et al. O cuidar de enfermagem em saúde mental na perspectiva da reforma psiquiátrica. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 1, 2020.

SOUZA, Elaine Brito. **Lima Barreto no Hospício: memória, escrita e resistência**. **Travessias Interativas**, v. 9, n. 19, p. 74–88, jul-dez, 2019.

SOUZA, Simone Aparecida Noronha; SANTOS, Walquiria Lene; SANTOS, Geovane Mendonça. A Reforma Psiquiátrica na concepção e prática de uma equipe transdisciplinar de profissionais da saúde em um centro de convivência. **Revista JRG De Estudos Acadêmicos**, v. 3, n. 6, p. 28-35, 2020.

TEIXEIRA, Manoel Olavo Loureiro. Pinel e o nascimento do Alienismo. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 19, n. 2, 2019.

CAPÍTULO III

TRABUCO, Karem Emannuely de Oliveira; SANTOS, Diajne da Silva. Da Reforma Sanitária à Reforma Psiquiátrica: os movimentos sociais e a conquista de direitos. **Anais** da VII Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2015.

VALENTIM, Renata Patrícia Forainet al. As mulheres da colônia de alienadas do engenho de dentro. **Revista Psicologia em Pesquisa**, v. 13, n. 2, p. 42-60, 2019.

VEIGA, Larissa Cristina Clemente. Configurações do controle da loucura no Brasil: uma análise sociológica das internações psiquiátricas. **Revista Aurora**, v. 42, n. Edição Esp, p. 53-62, 2019.

VENTURINI, Ernesto; GOULART, Maria Stella Brandão. Recovery: ambiguidades e confrontações. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 9, n. 21, p. 282-299, 2017.

VILLELA, Sueli de Carvalho; SCATENA, Maria Cecília Moraes. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 6, p. 738-741, 2004.

YASUI, Silvio; BARZAGHI, Natália. História, memória e luta: a construção da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Anais** da Convenção Internacional de Salud, Cuba Salud, 2018.

ESTRATÉGIAS DE IMPLANTAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

*Wyara Ferreira Melo
Milena Nunes Alves de Sousa
Maria Amanda Laurentino Freires
Polyana Lorena Santos da Silva
Ariane Laurentino Freires Canuto*

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária em Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB) exige uma série de práticas integrais em saúde, que devem ser de fácil acesso, cobrindo as afecções e condições mais comuns e resolvendo a maioria dos problemas de saúde de determinada população. No Brasil, é tida como a principal porta de entrada dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), de modo que, as suas ações são desenvolvidas em um território geograficamente definido, possibilitando aos profissionais de saúde maior proximidade tanto com a população quanto com a realidade vivida por ela, viabilizando assim a criação de vínculo e a longitudinalidade do cuidado (ALVAREZ; VIEIRA; ALMEIDA, 2019).

A respeito da consolidação do SUS, Fernandes, Matsukura e Lourenço (2018), pontuam que esta compreende a organização dos serviços de saúde mediante a articulação de uma rede de cuidados, com a finalidade de atender às necessidades dos usuários, gestores e da sociedade. Assim, a APS torna-se a ordenadora do sistema de atenção à saúde no país, sendo instituídos e regulamentados programas como parte da estratégia de consolidação e reorganização do SUS. Entre eles, está o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que atualmente é compreendido como uma transição para o Programa Saúde da Família (PSF), criado pelo Ministério da Saúde em 1994. O PSF foi posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) e pretende ser um modelo específico de organização da AB.

Apoiando-se no pensamento de Carvalho e Nóbrega (2018) nota-se que as equipes da AB são um importante recurso de enfrentamento aos agravos à saúde. Nesse contexto, é impossível falar de saúde integral sem incluir a Saúde Mental (SM), assim como não há meios de abordar esse tema sem pensar nos dispositivos relativos ao contexto de vida das pessoas.

Frateschi e Cardoso (2016) destacam que na área da SM tem-se como um dos principais desafios a inserção dos cuidados no âmbito da APS, visto que a integração de ambas vem acontecendo gradativamente em diversos países, em conformidade com as propostas de fortalecimento da rede de cuidados primários e os preceitos dos movimentos antimanicomiais. Ao considerar todo este processo, importante mencionar que nem sempre ele vem acompanhado de um prévio mapeamento das necessidades e recursos da comunidade, bem como de estratégias de avaliação das práticas. Por isso, torna-se relevante investigar o que vem sendo realizado nesse nível de atenção, visando o cuidado em SM.

Santos (2019) argumenta que no Brasil, antes do movimento da Reforma Psiquiátrica, a doença mental era tratada como sinô-

nimo unicamente de excluir e asilar. No entanto, com a Reforma tomou-se fôlego e começou-se a pensar em novas alternativas e equipamentos que pudessem permitir que as pessoas com transtorno mental tivessem um tratamento digno. Com a promulgação da Lei nº 10.216/2001, os direitos destas pessoas foram instituídos e o modelo assistencial reordenado, sendo preconizado o alcance da recuperação através da inserção na família, no trabalho e na comunidade.

Ainda, a incorporação da AB como dispositivo da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) possibilitou também a incorporação de práticas preventivas e promotoras da saúde mental (SANTOS, 2019). Nesse sentido, Silva et al. (2016) destacam que a ESF se apresenta como um importante dispositivo para a promoção da saúde mental e enfrentamento de relevantes problemas de saúde pública, como por exemplo, o sofrimento psíquico e os agravos vinculados ao uso abusivo de álcool e outras drogas.

Tendo em vista essa discussão, este ensaio foi pensado a partir da necessidade de se construir um novo olhar acerca da inserção da população que sofre transtornos mentais na atenção básica e da possibilidade de implementar estratégias que atendam a suas particularidades, visto que ela continua vivenciando rechaços e preconceito. Objetiva-se, assim, identificar as estratégias de implantação da saúde mental na atenção básica.

UMA VISÃO GERAL ACERCA DA ATENÇÃO BÁSICA

Internacionalmente, a APS foi pensada desde o início do século XX, com destaque para seu desenho no relatório Dawson de 1922, materializando-a na figura do médico geral, no contexto de uma rede territorial de serviços, nucleada a partir dos centros primários, com autoridade sanitária regional. Com a conferência

internacional de Alma Ata, no final dos anos 1970, influenciada pelo cenário político econômico dos países e pelos custos do setor saúde, houve a incorporação dos elementos dessas experiências, propondo os cuidados primários em saúde como elemento central para mudanças no setor saúde e na vida social (MELO et al., 2018).

As discussões acerca desse nível de atenção intensificaram-se no cenário internacional a partir da década de 1970, decorrentes dos questionamentos que rondavam a organização da saúde. No Brasil, apesar do estabelecimento de assistência à saúde com foco na Saúde Pública datar de 1916 e a implantação dos primeiros Centros de Saúde em 1925, foi no início da década de 1980, com o processo de redemocratização do país, que houve um crescimento considerável da rede básica brasileira (FERNANDES; MATSUKURA; LOURENÇO, 2018).

Giovanella, Franco e Almeida (2020) explicam que a partir da criação do SUS passaram a ocorrer mudanças do modelo de atenção nas diversas dimensões, especialmente na política e gestão, contudo, não se estabeleceu, em sua criação, um novo modelo de APS. Mas havia uma forte crítica a respeito da medicina previdenciária, caracterizada pelo acesso restrito e estratificado à saúde, pela dicotomia entre assistência e prevenção e pela concepção biomédica e hospitalocêntrica do cuidado.

Contudo, após a promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988 e a Lei 8.080/90, o município passou a ter um lugar privilegiado no desenvolvimento de ações e serviços de saúde. Inicialmente foi criado o PACS notadamente na Região Nordeste do País (Ceará e Pernambuco), e depois com o Programa de Saúde da Família (PSF) em todo o Brasil, foram constituídas equipes de saúde da família (ESF) (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Alvarez, Vieira e Almeida (2019) apontam que a AB se constituiu por equipes prioritárias denominadas equipes de Saúde da Família (EqSF) e são compostas por um médico generalista, um

enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Essas equipes têm a responsabilidade de cuidar da população adscrita de seu território—de 2.000 a 3.500 pessoas—em todas as fases da vida e mesmo quando se indica uma internação, uma cirurgia ou um tratamento de maior complexidade, o paciente continua a ser responsabilidade da equipe, enquanto morar no mesmo bairro.

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde, além da prerrogativa da universalidade, integralidade e equidade, defendia-se a APS e a promoção da saúde. No entanto, foi somente em meados década de 1990 que um modelo para reorientar a prática assistencial na APS, o Programa Saúde da Família (PSF) ocupou o “vazio programático” que vinha desde a criação do SUS. O PSF originalmente foio dirigido a grupos da população sem acesso e com escopo seletivo de ações (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020).

Cabral et al. (2020) acrescentam que a ESF, teve em seus primórdios no início da década de 1990, com a designação de PSF, e é elemento prioritário para a organização e fortalecimento da APS no Brasil. A base para a prestação de cuidado, sistematização das ações, estruturação e organização dos serviços por parte dos gestores e profissionais de saúde, por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) teve sua primeira edição em 2006, a segunda em 2011 e a terceira em 2017.

Melo et al. (2018) discorrem que a PNAB ampliou o escopo e a concepção da AB ao incorporar os atributos da atenção primária à saúde; ao reconhecer a Saúde da Família como modelo substitutivo e de reorganização da AB; e ao revisar as funções das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Nos anos 2000 houve forte expansão da ESF nos grandes centros urbanos que também incorporaram e ampliaram as Equipes de Saúde Bucal (ESB) e foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Ainda tendo por base o pensamento de Melo et al. (2018), em 2011, iniciou-se um movimento de mudança da PNAB, em boa parte baseado na avaliação e enfrentamento dos seus nós críticos. A PNAB de 2011 incorporou o Requalifica UBS que visava a reformas, ampliações, construções e informatização dos equipamentos; o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ); e do Programa Mais Médicos (PMM). Em 2013, havia 34.724 EqSF implantadas no Brasil, passando a 40.162 EqSF em 2015, com esta velocidade de crescimento do número de equipes provavelmente se devendo ao PMM. No entanto, tais iniciativas não foram suficientes para o enfrentamento do subfinanciamento, da precarização das relações de trabalho, da formação profissional, da integração da AB com os demais componentes das redes de atenção, entre outros, em parte pelo pouco tempo de sua implantação e em parte por seus próprios limites.

Morosini, Fonseca e Lima (2018) também abordam a cobertura da ESF, discorrendo que em outubro de 2017 a ESF abrangia 58% da população, e sabe-se que essa cobertura chegou a atingir 100% em alguns municípios. Tal êxito foi proveniente de novos serviços, modalidades e arranjos de equipes multiprofissionais, com destaque para as equipes ampliadas pela saúde bucal e pelos NASF. Mesmo reconhecendo a persistência de problemas de acesso, de qualidade e de continuidade da atenção, há que se destacar os avanços decorrentes das políticas de APS na redução de internações evitáveis, dos gastos hospitalares, e da melhoria das condições de vida e saúde da população brasileira.

A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

No Brasil, até a década de 1990, a única resposta à doença e ao doente mental era a internação, embora o movimento da Reforma

Psiquiátrica tivesse tido início aproximadamente 20 anos antes. Portanto, o modelo hospitalocêntrico/institucionalizante era o mais habitual, preponderante, sem equipamentos substitutivos. Romper com esse modelo, tornou-se a maior bandeira da Luta Antimanicomial (SANTOS, 2019).

Nesse sentido, Alvarez, Vieira e Almeida (2019) acrescentam que a Reforma emergiu como um processo político e social complexo, composto por instituições e forças de diferentes origens, em diversos territórios, abrangendo atores dentro do governo federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública.

Amarante e Nunes (2018) atrelam-se a essa discussão explicando que o termo “Reforma Psiquiátrica” só viria a ser utilizado na virada dos anos 1980 para 1990, no mesmo período em que a terminologia “Reforma Sanitária” começou a ser adotado. Em 1978, quando o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) foi constituído, já existiam várias atividades importantes para seu reconhecimento, com destaque para o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em Camboriú (SC). No início dos anos 1980, com a crise financeira da Previdência Social (PS), surgiram propostas de reformulação da assistência médica neste âmbito, mas também da saúde, e muitos dos participantes do MTSM foram envolvidos nesses processos e, nas mudanças políticas que o país vivia. Com a Nova República houve a convocação da histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, fortemente influenciada pelo Movimento da Reforma Sanitária que revolucionou a forma de participação social na elaboração de políticas públicas.

Para Delgado (2019), a partir da Constituinte de 1988, construiu-se um pacto social e institucional que permitiu grandes

avanços da década de 1990. A reforma psiquiátrica avançava agora com o arcabouço de um sistema universal de saúde, e sob as premissas éticas dos direitos à cidadania. Assim, o lema “sociedade sem manicômios”, adotado pelo movimento social em 1987, funcionava como um norte ético seguro para as mudanças estruturais da gestão pública, que foram a marca da década seguinte: redução dos leitos de hospital especializado, criação de serviços na comunidade, ampliação radical do acesso ao tratamento, abertura das fronteiras de atendimento na atenção primária e na intersetorialidade. Desse modo, até 2015, a ampliação do acesso ao cuidado, tanto para transtornos mentais graves e persistentes como para transtornos mentais menos graves, seguiu uma linha regular de incremento de serviços e transformação de processos de trabalho.

No ano de 2001 foi aprovada a lei da reforma psiquiátrica brasileira (Lei Federal 10.216/2001), que segundo Radke e Ceccim (2018), deu motivação ao Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica, formulado em 2002, para o incentivo, apoio e financiamento da implantação de núcleos de formação em saúde mental para a rede pública, por meio de convênios estabelecidos com a participação de instituições formadoras (como é o caso das universidades federais), municípios e estados. O Programa chegou a ter 21 núcleos regionais em funcionamento, realizando cursos de especialização e atualização para trabalhadores de UBS e de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Com a aprovação da lei da Reforma Psiquiátrica nacional, Macedo et al. (2017) apontam avanços e transformações no cenário assistencial do Brasil. Em 2014, por exemplo, alcançou-se o índice de 86% da população coberta com serviços extra-hospitalares, territoriais e de base comunitária. Observaram-se mudanças no

perfil dos hospitais psiquiátricos com incentivo financeiro para os de menor porte, redução drástica dos leitos SUS em hospitais psiquiátricos e indicação de 10 hospitais psiquiátricos para descredenciamento no SUS a partir das análises do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar (PNASH). Registrou-se também, repasse de recursos federais como incentivo financeiro para o desenvolvimento de estratégias de reabilitação psicossocial, como por exemplo, de inserção no trabalho, na cultura e inclusão social por meio de medidas de fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares.

A respeito das maiores inovações nos processos da reforma brasileira nas últimas décadas, Amarante e Torre (2017) destacam a constituição do novo campo das experiências artístico-culturais, com tendência à autonomia em relação aos equipamentos de Saúde. São experiências de intervenção cultural na cidade, com produção de bens e valores; estratégias de inclusão social e familiar e participação em espaços de lazer, convivência, trabalho e mobilização coletiva. Portanto, ações não restritas aos CAPS ou a uma equipe de saúde, nem a partir da adesão a tratamento médico-psicológico ou multiprofissional.

Por fim, Ramos, Paiva e Guimarães (2019), entendem a importância da mencionada Reforma e explicam que a mesma pode ser compreendida enquanto um processo civilizatório de construção de uma ética de respeito à diferença, com reinvenção do cotidiano dos serviços de saúde mental e de seus usuários, através da busca pelo entendimento do sofrimento humano em sua complexidade. A Reforma Psiquiátrica tenta dar ao problema uma resposta não asilo-confinante, reduzindo danos e desvantagens sociais que trazem o confinamento associado aos transtornos mentais e ao uso de substâncias psicoativas.

IMPLANTAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Os transtornos mentais e comportamentais ocuparam a terceira posição em afastamentos do trabalho entre os anos de 2012 e 2016, totalizando 668.927 casos no Brasil. Considerando os prontuários de concessão de auxílio-doença, os principais transtornos mentais que motivaram os afastamentos foram: depressão (41,15%), transtornos ansiosos (17,90%), transtornos afetivo-bipolares (7,97%) e transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (GARCIA et al., 2017).

No Brasil, a organização das ações de SM na AB teve impulso desde a Portaria n. 154/GM, de 2008, que criou os NASF. Nesse documento, a saúde mental foi indicada como um dos eixos de trabalho, juntamente com a recomendação de se incluir profissionais dessa área nas equipes multiprofissionais, considerando-se a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais (PENIDO et al., 2018).

Silva e Costa (2020) abordam a AB e as intervenções desenvolvidas em SM, ressaltando que elas são construídas no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, em que ambos criam estratégias para compartilhar o cuidado em saúde. Na medida em que a unidade de AB e seus trabalhadores conseguem oferecer o cuidado adequado ao longo do tempo, torna-se possível fortalecer uma relação de vínculo que permite ouvir do usuário sua história e seus dramas pessoais.

Radke e Ceccim (2018) dizem que o sistema de saúde orientou a organização do Apoio Matricial com a instalação de equipes de saúde mental nos NASF e do Apoio Institucional sob a forma de equipes assessoras de gestão organizacional da clínica, contribuindo para a composição das redes de atenção e intersectoriais nos municípios. Sendo assim, a Supervisão Clínico-Institucional (SCI) serviu à articulação de consultorias de caráter formativo

aos CAPS. A SCI tem a finalidade de qualificar a prática dos profissionais que atuam diretamente na ponta, no atendimento ao usuário, e promover o debate, construção e avaliação da rede de atenção psicossocial (saúde mental e cuidado em crack, álcool e outras drogas).

O desenvolvimento das políticas e do SUS fez com que a rede de saúde começasse a incluir, em seu sistema, dispositivos como os CAPS, espaços alternativos ao tratamento hospitalar. Assim, ESF tem maior potencial de inserção no território do que os CAPS, possibilitando um modo de atenção contextualizado. Por esse motivo, é importante incentivar a realização de um trabalho conjunto entre os CAPS e a ESF (GARCIA et al., 2017).

Tendo em vista a aproximação da atenção básica e da saúde mental, o Governo Federal incentivou algumas ações junto às EqSF. Santos e Ferla (2017) ressaltam que a qualificação profissional para atendimento das demandas de saúde mental foi foco de algumas dessas estratégias como, por exemplo, o Projeto Caminhos do Cuidado, que teve, na formação de agentes comunitários de saúde (ACS) e auxiliares e técnicos em enfermagem (ATENF), seu objeto de intervenção. Segundo os autores, a formação referida incluía ações de educação permanente em saúde (EPS), com dispositivos para a reflexão sobre a relevância do problema no âmbito de cada equipe e território, e conhecimentos e técnicas para uso no cotidiano da ação dos trabalhadores em formação nos locais onde atuam.

Para Carvalho e Nóbrega (2018), as estratégias de cuidado da SM na AB se restringem a grupos de diferentes modalidades, como por exemplo, psicoterapia ou terapia medicamentosa. Reconhecendo-as também como importantes, mas não como únicas possibilidades de cuidado em SM, considera-se que as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) podem potencializar as ações de SM desenvolvidas no nível primário de atenção.

Pereira e Andrade (2017) lembram que a ESF e a Reforma da Assistência Psiquiátrica Brasileira (RAPB) têm trazido contribuições importantes para a reformulação da atenção em saúde no País. Ambas defendem os princípios básicos do SUS e propõem uma mudança no modelo de assistência à saúde, privilegiando a descentralização e a abordagem comunitária/familiar em detrimento do modelo tradicional, centralizador e voltado para o hospital. Tais políticas trouxeram avanços no processo de municipalização da saúde e têm contribuído para a transformação do modelo assistencial vigente.

Ao reportar-se à linha de cuidados, Nogueira e Brito (2017) discorrem que os cuidados com os transtornos mentais leves ou comuns estão voltados sintomas depressivos leves, alimentares, de humor e de ansiedade. Já a linha de cuidado para transtornos severos e persistentes que se referem principalmente a psicoses, volta-se para intervenções de cunho mais tecnológico, devido ao grau profundo de sofrimento, à sua duração e ao grau de capacidade que provocam.

Dimenstein et al. (2018) apresentam o avanço na implantação de serviços da RAPS a partir de 2011 como sendo uma realidade, de modo que, é registrada a ampliação dos pontos de acesso em saúde mental e a diversidade de serviços implantados nas várias regiões do país. No entanto, ainda é observada uma tendência à interiorização da assistência para municípios de médio e pequeno porte, com crescente participação da AP e descentralização dos leitos de atenção psicossocial e Serviços Residenciais Terapêuticos. Isso se tornou possível em virtude das mudanças na política de financiamento que priorizaram ações extra-hospitalares e de base territorial e comunitária, além das pactuações nas três esferas de governo e níveis de governança regional, com vistas a estruturar uma ampla rede de serviços psicossociais no país.

CONCLUSÃO

Ao longo do estudo foi possível perceber a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil traçando um paralelo com a atenção básica, permitindo compreender como o modelo hospitalocêntrico e manicomial deu espaço para uma nova forma de prestar assistência aos que sofrem transtornos mentais e dependem do poder público.

Abordar as estratégias para implementação da saúde mental na AB é extremamente relevante no atual contexto da política de saúde mental brasileira, visto a dificuldade de os usuários acessarem e darem prosseguimento a seus tratamentos.

Conclui-se que algumas estratégias podem ser utilizadas na incorporação da saúde mental na Atenção Básica como, por exemplo, uma boa equipe profissional sem tanta rotatividade de profissionais e a realização de ações que tornem os doentes com transtornos protagonistas da sua própria história, relacionando-os com a cultura, o trabalho e outras áreas. Mobilizações e conscientização das famílias para que acompanhem os tratamentos e respeitem os doentes também são estratégias importantes, assim como ações educativas que ofereçam possibilidades de incluir socialmente as pessoas com transtornos mentais.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciênc. saúde colet.**, v. 23, n. 6, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n6/2067-2074/pt/>. Acesso em: 04 abr. 2021.

AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. Loucura e diversidade cultural: inovação e ruptura nas experiências de arte e cultura da Reforma Psiquiátrica e do campo da Saúde Mental no Brasil. **Interface**, v. 21, n. 63, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2017.v21n63/763-774/pt/>. Acesso em: 04 abr. 2021.

ALVAREZ, Ariadna Patricia Estevez, VIEIRA, Ágata Carla de Deus; ALMEIDA, Fayllane Araujo. Núcleo de Apoio à Saúde da Família e os desafios para a saúde mental na atenção básica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2019.v29n4/e290405/pt>. Acesso em: 04 abr. 2021.

CARVALHO, Jessica Liz da Silva; NÓBREGA, Maria do Perpétuo Socorro de Sousa. Práticas integrativas e complementares como recurso de saúde mental na Atenção Básica. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 38, n. 4, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472017000400406&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 04 abr. 2021.

DELGADO, Pedro Gabriel. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462019000200200&script=sci_arttext. Acesso em: 04 abr. 2021.

DIMENSTEIN, Magda et al. A saúde mental e atenção psicossocial: regionalização e gestão do cuidado integral no SUS. **Salud & sociedade**, v. 9, n. 1, p. 070-085, 2018. Disponível em: <https://>

www.revistaproyecciones.cl/index.php/saludysociedad/article/view/2869/pdf. Acesso em: 04 abr. 2021.

FERNANDES, Amanda Dourado Souza Akahosi; MATSUKURA, Thelma Simões; LOURENÇO, Mariana Santos de Giorgio. Mental health care practices in Primary Health Care: identifying researches in the brazilian context. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 26, n. 4, p. 904-914, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/cadbto/v26n4/2526-8910-cadbto-26-04-00904.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2021.

FRATESCHI, Mara Soares; CARDOSO, Cármen Lúcia. Práticas em saúde mental na atenção primária à saúde. **Psico**, Porto Alegre, v. 47, n. 2, p. 159-168, 2016. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5633144>. Acesso em: 04 abr. 2021.

GARCIA, Georgia Dalla Valle et al. Apoio matricial na atenção à saúde mental em uma regional de saúde, Paraná, Brasil. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 10, n. 3, p. 423-432, setembro/dezembro 2017. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5854/3125>. Acesso em: 04 abr. 2021.

GIOVANELLA, Ligia; FRANCO, Cassiano Mendes; ALMEIDA, Patty Fidelis de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciênc. saúde coletiva**, v. 25, n. 4, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2020.v25n4/1475-1482/>. Acesso em: 04 abr. 2021.

MACEDO, João Paulo et al. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saude**

soc., v. 26, n. 1, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2017.v26n1/155-170/pt/>. Acesso em: 04 abr. 2021.

MELO, Eduardo Alves et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde debate**, v. 42, n. spe1, set., 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/38-51/>. Acesso em: 04 abr. 2021.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, v. 42, n. 116, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42n116/11-24/pt/>. Acesso em: 04 abr. 2021.

NOGUEIRA, Francisco Jander de Sousa; BRITO, Francisco Marcos Gomes de. Diálogos entre saúde mental e atenção básica: relato de exp. eriência do Pet-Saúde no município de Parnaíba -PI. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del Rei, v. 12, n. 2, 2017. Disponível em: http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/view/2448/1692. Acesso em: 04 abr. 2021.

PENIDO, Cláudia Maria Filgueiras et al. Saúde Mental na Atenção Básica: Dividir ou Somar Apoios Matriciais? **Rev. Polis e Psique**, v. 8, n. 1, p. 33 – 51, 2018. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/80415/47240>. Acesso em: 04 abr. 2021.

PEREIRA, Alexandre de Araújo; ANDRADE, Daniela Correia Leite. Estratégia Educacional em Saúde Mental para Médicos da Atenção Básica. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 4, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pi->

[d=So100-55022017000400478&script=sci_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022017000400478&script=sci_arttext). Acesso em: 04 abr. 2021.

Acesso em: 04 abr. 2021.

PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das interações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903-1913, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1903.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2021.

RADKE, Mariane Brusque; CECCIM, Ricardo Burg. **Saúde em Redes**, v. 4, n. 2, p. 19-36, 2018.

RAMOS, Déborah Karollyne Ribeiro; PAIVA, Irismar Karla Sarmiento de; GUIMARÃES, Jacileide. Pesquisa qualitativa no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira: vozes, lugares, saberes/fazer. **Ciênc. saúde colet.**, v. 24, n. 3, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2019.v24n3/839-852/pt/>. Acesso em: 04 abr. 2021.

SANTOS, Angélica Brandão. Escuta qualificada como ferramenta de humanização do cuidado em saúde mental na Atenção Básica. **APS em Revista**, v. 1, n. 2, p. 170/179, 2019. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/23/22>. Acesso em: 04 abr. 2021.

SANTOS, Francéli Francki dos; FERLA, Alcindo Antônio. Saúde mental e atenção básica no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas. **Interface**, v. 21, n. 63, p. 833-44, 2017. Dis-

ponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2017.nah-ead/10.1590/1807-57622016.0270/pt/>. Acesso em: 04 abr. 2021.

SILVA, Geslaney Reis da et al. Mental health in primary care: perceptions of the family health care team. **Cogitare Enferm.**, v 21, n. 2, p. 01-07, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/43861/27962>. Acesso em: 04 abr. 2021.

SILVA, Thuanny Mikaella Conceição; COSTA, Andrea Vieira Magalhães. **Projeto de intervenção para desenvolver estratégias de promoção e prevenção em saúde mental na atenção básica em Padre Marcos – PI**. 2020. 13f. Artigo (Especialização em Saúde da Família)–Universidade Federal do Piauí. 2020. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/14814/1/ARTIGO_Thuanny_ARES.pdf. Acesso em: 04 abr. 2021.

CAPÍTULO IV

TENDÊNCIAS DE PESQUISAS BRASILEIRAS SOBRE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Heloiza Aurélio Rodrigues

Tarciana Costa Sampaio

Alba Rejane Gomes de Moura Rodrigues

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde é o órgão do Poder Executivo Federal responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltadas para a promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros, tendo como função dispor de condições para a proteção e recuperação da saúde da população (BRASIL, 2014a). As ações do Ministério da Saúde são definidas por programas cujos objetivos são detectar as carências existentes em determinada localidade e articular as ações necessárias para sanar ou diminuir as causas identificadas.

Atrelada aos programas e com a finalidade de oferecer uma saúde mais adequada à população brasileira e diminuir o fluxo

dos centros especializados de alta complexidade de casos de fácil resolução, historicamente tem havido uma descentralização no atendimento aos pacientes. Reconhecem-se três níveis de atenção à saúde: nível primário, secundário e terciário. O nível primário tem como focos a promoção da saúde e prevenção da doença, realizado em unidades básicas; o secundário objetiva identificar a doença no nível diagnóstico e é localizado em centros especializados e ambulatorios; o terciário se ocupa com o tratamento da doença em hospitais de grande porte (FONSECA et al., 2008).

Considerando que nem sempre a assistência à saúde brasileira apresentou a divisão em níveis de atenção, é importante salientar que antes desta estratégia, a saúde das populações encontrava-se muito mais precária que hoje, sendo tal problema discutido em 1978 na I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, no Cazaquistão, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Nesse evento foi proposto um acordo e uma meta entre os países membros da OMS, para atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000, por meio da atenção primária à saúde (APS). Essa proposta internacional ficou conhecida como Saúde para todos no ano 2000” e fortaleceu a atenção primária no Brasil e no mundo (MATTA; MOROSINI, 2014).

A declaração de Alma-Ata, como ficou conhecida, identifica cinco campos de ação: construção de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; desenvolvimento de habilidades individuais; reforço da ação comunitária e reorientação dos serviços de saúde. Apesar de suas metas jamais terem sido alcançadas plenamente, a atenção primária à saúde tornou-se referência fundamental para as reformas sanitárias ocorridas em diversos países do mundo nos anos 1980 e 1990 (MATTA; MOROSINI, 2014).

No Brasil, o termo “Reforma Sanitária” foi usado de forma homônima à reforma sanitária italiana (BRASIL, 2014b). Ela foi proposta num momento de intensas mudanças e sempre pretendeu ser mais do que apenas uma reforma setorial. A ideia desse movimento era promover a democracia e a consolidação da cidadania no país no campo da saúde, já que antes dela, a maior parte dos cidadãos eram excluídos do direito à saúde, uma vez que os serviços médicos eram restritos aos trabalhadores com carteira e prestados pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), transformado em Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Em 1986 foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, cuja proposta principal era a garantia do direito à saúde para todos. (BRASIL, 2007).

Além dos movimentos da reforma sanitária, houve também o da reforma psiquiátrica com objetivo de abolir manicômios e hospitais psiquiátricos e oferecer aos pacientes portadores de doenças mentais uma vida mais inclusiva na sociedade (MESQUITA; NOVELINO; CAVALCANTI, 2010). Também na América Latina houve, em Caracas (1990), um encontro dos países em torno do tema da reforma psiquiátrica que já ocorria em vários países do mundo. A Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica produziu um acordo em forma de documento intitulado “Declaração de Caracas”. Nele os países se comprometeram a promover a reestruturação da assistência psiquiátrica, rever criticamente o papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico, salvaguardar os direitos civis, a dignidade pessoal, os direitos humanos dos usuários e propiciar sua permanência em seu meio comunitário (HIRDES, 2009).

Desde o início da Reforma Psiquiátrica houve um esforço de articulá-la com a atenção básica e garantir assistência de qualidade. Há duas principais ações de saúde mental que a atenção básica

tem potencial para desenvolver. A primeira é detectar queixas de sofrimento psíquico promovendo escuta qualificada, e a segunda é oferecer tratamento na própria unidade ou encaminhar a pessoa ao serviço especializado (MAGALHÃES, 2012).

Este texto responde ao seguinte questionamento: Que publicações sobre a política de saúde mental na atenção primária no Brasil foram feitas no período de 2003 a 2013?

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo é do tipo pesquisa bibliográfica, realizado na base de indexação *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO). A população do estudo foi constituída de artigos publicados no site do SCIELO, no período de 2003 a 2013, disponíveis online e identificados através dos seguintes descritores: *saúde mental*, *política pública de saúde* e *atenção primária a saúde*. Como critério de inclusão adotaram-se artigos brasileiros publicados nos últimos dez anos e completos. Como critério de exclusão, saíram artigos com acesso apenas a resumos e em língua estrangeira.

Os dados foram coletados no período de agosto a novembro de 2014, mediante a utilização de um formulário estruturado, abrangendo questões condizentes com a proposta da pesquisa, incluído: métodos adotados, sujeitos das pesquisas, cenários da investigação, região do país em que a investigação se realizou, área de atuação dos autores e temáticas abordadas.

Os dados foram analisados utilizando-se a estatística descritiva, as diretrizes e ações programáticas preconizadas pelas políticas públicas de saúde mental e as tendências das pesquisas de enfermagem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados 1611 artigos na base de indexação do SCIELO, 1518 não foram selecionados por três motivos: não tratavam de saúde mental; tratavam de saúde mental, em nível secundário e terciário; e estudos em língua estrangeira.

Dos artigos encontrados foram selecionados e analisados 93. Observamos que o número de publicações cresceu a partir do ano de 2009, sinalizando aumento do interesse pelas relações entre saúde mental e atenção básica a partir de então (11). Observamos também uma predominância de estudos tendo como cenários, as unidades básicas, como mostra a Tabela 1.

TABELA 1—DISTRIBUIÇÃO DOS RESUMOS PUBLICADOS SOBRE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA SEGUNDO AS CARACTERÍSTICAS

(CONTINUA...)

CARACTERÍSTICA	n	%
CENÁRIOS		
Unidade básica	78	83,87
Não informado	8	8,60
Domiciliar	3	3,23
Universidade	3	3,23
Escola	1	1,08
TIPO DE ESTUDO n %		
Qualitativo	36	33,33
Não informado	24	22,22
Descritivo	12	11,11
Estudo exploratório	10	9,26
Revisão bibliográfica	8	7,41
Relato de experiência	6	5,56
Avaliativos	4	3,70
Revisão integrativa	2	1,85
Quali-quantitativo	1	0,93
Estudo transversal	1	0,93
Observacional	1	0,93

(CONTINUAÇÃO)

CARACTERÍSTICA	n	%
Pesquisa-ação	1	0,93
Estudo etnográfico	1	0,93
Estudo epidemiológico	1	0,93
SUJEITOS DAS PESQUISAS n %		
Equipe profissional	29	29,59
Não informado	22	22,45
Discente de graduação	12	12,24
Usuários	8	8,16
Enfermeiros	7	7,14
Adultos	6	6,12
Mulheres	4	4,08
Crianças	3	3,06
Pesquisa-ação ISSO É MÉTODO	2	2,04
Idosos	1	1,02
Homens	1	1,02
Família	1	1,02
Agente comunitário de saúde	1	1,02
Técnicos de enfermagem	1	1,02
REGIÕES DA PESQUISA REALIZADA	n	%
Não informado	39	41,49
Região sudeste	18	19,15
Região nordeste	17	18,09
Região sul	14	14,89
Região centro-oeste	6	6,38
AUTORES	n	%
Docente	42	37,84
Assistencial	22	19,82
Discente de mestrado/doutorado	15	13,51
Não informado	13	11,71
Outros profissionais	11	9,91
Discente de pós graduação	4	3,60
Discente de graduação	4	3,60

Nota: Alguns resultados sobressaem o n=93, pois alguns estudos apresentaram mais de um tipo de estudo, de sujeito, região ou áreas de atuação.

Segundo Rodrigues e Moreira (2012), a reforma psiquiátrica caminha no sentido de transformar a atenção básica em um lugar de acolhimento para os pacientes com transtornos mentais, tornando-a parceira da mudança na relação da comunidade com a loucura.

Ainda segundo os autores citados acima, o diálogo sobre saúde mental na atenção básica é ainda incipiente e manifestado por uma desapropriação dos profissionais quanto ao que é apreendido pela reforma psiquiátrica e ao que é praticado dentro da unidade no que tange os usuários com transtorno mental (RODRIGUES; MOREIRA, 2012).

Há predominância de abordagens qualitativas que priorizam a compreensão de sentidos e práticas, utilizando-se de análise de conteúdo ou análise de discurso. As técnicas mais utilizadas são as entrevistas semiestruturadas (SOUZA et al., 2012). Cerca de 20% não especificam a metodologia usada. Quanto aos sujeitos da pesquisa, a maioria dos artigos foca as equipes profissionais (29,59%). No que diz respeito às equipes de saúde da família, os resultados mostram as dificuldades dos profissionais de abordar problemas mentais, principalmente nas situações que envolvem questões biomédicas demonstram insuficiências de informação e de formação (MINOZZO; COSTA, 2013).

A atuação na atenção primária, em maioria se restringe a identificar e encaminhar os casos, não havendo uma responsabilização da equipe pelo acompanhamento do sofrimento mental dos doentes que residem na área de cobertura do programa (ARCE; SOUSA; LIMA 2011). Quanto aos CAPS, as pesquisas mostram que os profissionais se encontram com suas práticas distantes do que vem sendo preconizado para serviços de saúde acolhedores, responsáveis e integralizadores do cuidado dos usuários (ARAÚJO; TANAKA, 2012).

Foram identificados: falta de comunicação e de articulação e, conseqüentemente, prejuízo ao desenvolvimento do apoio matricial por parte das equipes do CAPS aos profissionais de atenção básica. Outro fato evidenciado é que na maioria dos casos, há um trabalho isolado de cada especialidade, faltando integração e troca entre os profissionais (MINOZZO; COSTA, 2013).

Com relação às regiões, a pesquisa mostra que elas não foram citadas pelos pesquisadores em 41,49% dos artigos analisados. Quando citadas, a região com mais produção científica é a sudeste (19,15%), seguida pelo Nordeste, Sul e, por último, o Centro-Oeste. Na região norte não foi encontrado nenhum trabalho.

Existe predominância de artigos cujos autores são docentes, seguidos por graduandos, mestrandos e doutorandos. Os enfermeiros da área assistencial foram responsáveis por cerca de 19,80% dos artigos analisados, enquanto profissionais de outras áreas como medicina, psicologia, e fonoaudiologia responderam por 11 dos 93 textos analisados.

TABELA 2—DISTRIBUIÇÃO DOS RESUMOS PUBLICADOS SOBRE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA SEGUNDO A TEMÁTICA ABORDADA

TEMÁTICA	N	%
O doente mental e a família	30	32,26
Cuidado terapêutico	20	21,51
Trabalho em equipe	11	11,83
Saúde mental e atenção básica	7	7,53
Apoio matricial em SM	7	7,53
Ensino em SM	6	6,45
Reabilitação psicossocial	3	3,23
Política nacional de SM	3	3,23
O doente mental e as condições de moradia	2	2,15
Inclusão/exclusão social	1	1,08
O doente mental e experiências cotidianas	1	1,08
Dependência química	1	1,08
Classe social e saúde mental	1	1,08
TOTAL	93	100,00

Após a transcrição e leitura dos textos, identificamos os principais temas abordados pelos autores (SILVA et al., 2005).

Os dados da tabela 2 mostram que a maioria dos textos publicados entre 2003 e 2013 teve como temática principal a saúde mental dentro da atenção básica. Essa constatação corrobora com a orientação do Ministério da Saúde, segundo o qual, a melhoria

da assistência ao doente mental deve estar diretamente vinculada à atenção básica, para que os casos menos complexos possam ser atendidos próximos à comunidade, sendo que o CAPS da região deve prestar apoio às equipes de Saúde da Família. Entretanto, inserir, de fato, a saúde mental na atenção básica constitui-se um dos principais desafios para o avanço da reforma psiquiátrica e para os profissionais que atuam na atenção primária (SILVEIRA; SOARES; REINALDO, 2010).

Os artigos que tiveram como temática o cuidado terapêutico, mostram que antes da reforma psiquiátrica, esse papel era atribuído a enfermeiras treinadas, mas como assistentes do médico, mantendo as condições de higiene e utilizando medidas hidroterápicas. As práticas de enfermagem no interior das instituições asilares, e posteriormente, dos hospitais psiquiátricos constituíam-se em tarefas de vigilância e manutenção da vida dos doentes (VILLELA; SCATENA, 2004).

Após o movimento da reforma psiquiátrica o cuidado terapêutico ganhou outro significado. Hoje, ele implica diretamente na existência do acolhimento, da solidariedade, da compaixão e da relação cuidadora que emerge da interação, da troca e do respeito (SOUSA; PINTO; JORGE, 2010).

Os trabalhos que tratam do apoio matricial mostram o quanto essa proposta é importante para melhorar o fluxo resolutivo da rede de saúde, interligando diferentes dispositivos por meio da articulação e do assessoramento da rede básica no território, excluindo a lógica dos encaminhamentos que jogam para a frente os problemas, (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008).

Porém, o estudo ressalta que os trabalhadores da atenção básica e dos serviços especializados em saúde mental apresentam dificuldades em compreender o que é matriciamento. Não se percebe clareza da proposta e, muito menos, espaços para debates sobre o assunto. Os profissionais sentem necessidade de apoio para

fortalecer o apoio matricial, melhorando a integração com a rede de atenção em saúde como um todo (MACHADO; CAMATTA, 2013).

O doente e sua família também foi um tema abordado por alguns autores. Os estudos mostram que a inserção da família é indispensável para a reforma psiquiátrica, quando se pensa em redimensionamento da assistência em saúde mental. Ela precisa ser considerada como uma unidade cuidadora e de cuidado, como um espaço social no qual os membros interagem, trocam informações e, ao identificarem problemas, apoiam-se mutuamente e envidam esforços na busca das soluções (BIELEMANN et al., 2009). Portanto, os trabalhos chamam atenção para a valorização da família como agente ativo no projeto terapêutico do portador de sofrimento psíquico, e para a necessidade de suporte para melhoras a qualidade de vida do cuidador e de quem é cuidado (SILVEIRA; SOARES; REINALDO, 2010).

A reabilitação psicossocial, outro tema abordado, evidenciando que não é apenas o uso de fármacos e eventuais intervenções que importa, mas esses apoios médicos precisam ser acompanhados de ações e procedimentos que visem à reintegração familiar, social e profissional, bem como a melhoria na qualidade de vida do doente e do familiar (MACHADO; CAMATTA, 2013). Todos os autores orientam suas reflexões para que o paciente, na medida do possível, assuma seu papel social, como um ser autônomo e dotado de poder decisório, ao contrário do histórico cunho biológico e reducionista com que foi tratado no passado (SILVEIRA; SOARES; REINALDO, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da análise de dados dos artigos selecionados, observamos o crescimento das pesquisas em saúde mental na atenção

básica no Brasil, no período de 2003 a 2013, demonstrando maior atenção da comunidade acadêmica para esse tema. Destacamos como temática, o cuidado terapêutico que requer acolhimento, interação e diversos saberes.

Consideramos escassa a produção científica sobre a política nacional de saúde mental, o doente mental e suas condições de moradia, a dependência química, assim como de abordagens transversais sobre classe social e saúde mental.

Os avanços no número de publicações que articulam saúde mental e atenção básica mostra que os investimentos estão na direção certa. Contudo, há escassez de publicações quando se trata das condições sociais do doente mental. A conclusão é que se caminhou bastante, mas não o suficiente para que a integração entre os dispositivos de atenção básica e os CAPS ocorram adequadamente.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, Adriano Kasiorowski de; TANAKA, Oswaldo Yoshi-mi. Avaliação do processo de acolhimento em Saúde Mental na região centro-oeste do município de São Paulo: a relação entre CAPS e UBS em análise. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 43, p. 917-928, 2012.

ARCE, Vladimir Andrei Rodrigues; SOUSA, Maria Fátima de; LIMA, Maria da Glória. A práxis da Saúde Mental no âmbito da Estratégia Saúde da Família: contribuições para a construção de um cuidado integrado. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, p. 541-560, 2011.

BEZERRA, Edilane; DIMENSTEIN, Magda. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 28, n. 3, p. 632-645, 2008.

BIELEMANN, Valquíria de Lourdes Machado et al. A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 131-139, 2009.

BRASIL, Fundação Oswaldo Cruz. **Reforma sanitária brasileira**. 2007. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/introducao.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2014.

BRASIL, Fundação Oswaldo Cruz. **Reforma sanitária**. Biblioteca virtual de saúde. Disponível em: <http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>. Acesso em: 29 mar. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Estratégia Saúde da Família**. 2012a. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php. Acesso em: 29 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O Ministério**. 2014a. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio#62>. Acesso em: 29 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PNAB – Política Nacional de Atenção Básica**. 2012b. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>. Acesso em: 29 mar. 2014.

FONSECA, Rochele Paz et al. Representações do envelhecimento em agentes comunitários da saúde e profissionais da enfer-

magem comunitária: aspectos psicológicos do processo saúde-doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 1275-1284, 2008.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 297-305, 2009.

MACHADO, Dana Karine de Sousa; CAMATTA, Marcio Wagner. Apoio matricial como ferramenta de articulação entre a Saúde Mental e a Atenção Primária à Saúde. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 224-232, 2013.

MAGALHÃES, VC. **Ações de saúde mental desenvolvidas por profissionais de saúde no contexto de atenção básica**. Rio Grande do Sul: UFRGS, 2012.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. **Atenção primária à saúde**. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>. Acesso em: 26 mar. 2014.

MESQUITA, J. F. de; NOVELINO, M. S. F.; CAVALCANTI, M. T. A reforma psiquiátrica no Brasil: um novo olhar sobre o paradigma da saúde mental. **Anais do XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais**, Caxambu MG, 2010.

MINOZZO, Fabiane; COSTA, Ileno Izídio da. Apoio matricial em saúde mental entre CAPS e Saúde da Família: trilhando caminhos possíveis. **Psico-USF**, v. 18, n. 1, p. 151-160, 2013.

RODRIGUES, Euzilene da Silva; MOREIRA, Maria Inês Badaró. A interlocução da saúde mental com atenção básica no município de Vitória/ES. **Saúde e sociedade**, v. 21, p. 599-611, 2012.

CAPÍTULO V

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR NA ATENÇÃO BÁSICA

*Emanuelle Kaatharine dos Santos Souza
Francisca Elidivânia de Farias Camboim*

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica configura-se como principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizando uma série de ações de âmbito individual e coletivo, que engloba a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de morbidades, o diagnóstico precoce, o tratamento, a reabilitação, a redução de agravos e a manutenção do bem-estar com o objetivo de oferecer uma atenção integral que gere impacto benéfico na saúde dos indivíduos (BRASIL, 2013).

A assistência de forma integral e humanizada aos usuários do SUS é uma meta que vem sendo almejada pelos trabalhadores e profissionais da saúde pública atualmente. Para isso, são repensadas estratégias de ação e produção do cuidado que coloquem o usuário e sua saúde no centro da atenção (SILVA et al., 2013). Estratégias essas que são consideradas ações inovadoras e devem

SILVA, Ana Tereza Medeiros C. da et al. A saúde mental no PSF e o trabalho de enfermagem. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 58, n. 4, p. 411-415, 2005.

SILVEIRA, Belisa Vieira da; SOARES, Amanda Nathale; REINALDO, Amanda Márcia dos Santos. Tendências das pesquisas de enfermagem psiquiátrica e saúde mental no período de 1998 a 2008. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 3, 2010.

SOUSA, Djanira Luiza Martins de; PINTO, Antônio Germane Alves; JORGE, Maria Salete Bessa. Tecnologia das relações e o cuidado do outro nas abordagens terapêuticas grupais do centro de atenção psicossocial de Fortaleza-Ceará. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 147-154, 2010.

SOUZA, Luiz Gustavo Silva et al. Saúde mental na estratégia saúde da família: revisão da literatura brasileira. **Saúde e Sociedade**, v. 21, p. 1022-1034, 2012.

VILLELA, Sueli de Carvalho; SCATENA, Maria Cecília Moraes. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 6, p. 738-741, 2004.

ter sua viabilidade diversificada para que, dessa forma, possam ser implantadas na atenção básica de saúde.

Considerada também como ferramenta de aproximação da população ao sistema de saúde, a Atenção Básica deve seguir os princípios de universalidade, integralidade, equidade e de participação social, defendidos pelo SUS. Para isso, deve-se dispor de funções que busquem a inserção desses indivíduos ao sistema de acordo com suas necessidades, o que ocorre com a elaboração e criação de projetos terapêuticos singulares.

Antes denominado de Projeto Terapêutico Individual, com peculiaridade voltada à saúde mental, teve sua nomenclatura substituída por Projeto Terapêutico Singular (PTS) ao ser assumido como arranjo da assistência na atenção básica, para não sugerir que tal processo vise apenas para solucionar problemas individuais. O PTS é uma ferramenta, considerada um plano de ação que pode ser utilizado, também, com famílias e com grupos específicos (MIRANDA; COELHO; MORÉ, 2012).

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultante da discussão de uma equipe interdisciplinar, usualmente dedicada a situações mais complexas. Geralmente desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental, tem o intuito de valorizar outros aspectos, além do diagnóstico e do tratamento farmacológico dos usuários (BRASIL, 2008).

Sua concepção deve ser considerada. A nomenclatura dessa ferramenta se refere ao termo *Projeto* como instrumento assistencial que ao ser planejado deve ter como meta ir além da elaboração da ação, visando a mudança da realidade em questão. O termo *Terapêutico* sugere uma intervenção compreendida para além dos distúrbios da saúde. E o *Singular* expressa o foco da ação em torno da qual uma equipe é mobilizada para pensar e encontrar possí-

veis respostas a um problema de um único indivíduo ou de um grupo específico (MIRANDA; COELHO; MORÉ, 2012).

Embora seja comumente utilizado em serviços de Saúde Mental, o PTS deve ter sua utilidade analisada cautelosamente na Atenção Básica, tendo em vista a inviabilidade desse projeto para todas as pessoas atendidas nesse nível de atenção. Para isso deve-se considerar a complexidade e intensidade das complicações apresentadas pela pessoa, família, grupo ou coletivo e, além disso, avaliar a natureza (biológica, psicológica e/ou social) que está sendo afetada, podendo-se dispor do auxílio de outros serviços de saúde e de instituições intersetoriais (BRASIL, 2013).

O emprego do PTS como mecanismo de ação desafia o sistema tradicional do processo dos serviços de saúde, pois presume a necessidade da melhor relação entre os profissionais de uma equipe, onde os encontros representem um ambiente coletivo e organizado, baseado na argumentação de ideias e conhecimentos, divisão de poderes e compromisso com as ações que devem acontecer de forma horizontal e holística.

CONCEITOS METODOLÓGICOS PARA CRIAÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

A importância de incrementar o PTS na gestão do cuidado para profissionais da Atenção Básica de Saúde é ressaltada na medida em que esta se revelou uma ferramenta eficaz na realização da assistência. Além de possibilitar o cuidado baseado na clínica ampliada e respeitar a singularidade do sujeito, o PTS, mesmo sendo um mecanismo recente, passa a ser visto pelos profissionais de saúde como uma estratégia capaz de promover modificações nos processos de trabalho e de cuidado, garantindo práticas

transformadoras e eficazes, em que se respeita a subjetividade dos pacientes (SILVA et al., 2016).

A equipe na Atenção Básica, além de ter pontos de vista diferentes e complementares, possui maior chance de contato por longo tempo com a família, conhecer a situação afetiva e as consequências e significados do adoecimento de um deles. Para isso, é importante que haja a união de toda a equipe, em que todas as opiniões são necessárias para colaborar com a compreensão do sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, consequentemente, para definição de propostas de ações (BRASIL, 2008).

A utilização do PTS pode criar um espaço para a efetivação da clínica ampliada e de uma prática de cuidado não segmentada ou isoladamente desenvolvida pelo profissional, evitando assim o encaminhamento do usuário para um nível de maior complexidade, sem antes esgotar as possibilidades terapêuticas disponíveis para responder às necessidades identificadas pelas equipes de saúde da família, implicando numa produção mais racional e eficaz do cuidado nesse nível de atenção (MIRANDA; COELHO; MORÉ, 2012).

O PTS possui quatro momentos relevantes para sua criação. O primeiro é o diagnóstico que deverá abranger uma avaliação orgânica, psicológica e social, possibilitando chegar a uma conclusão a respeito dos riscos e vulnerabilidades do usuário. O segundo é a definição de metas, uma vez que os diagnósticos estejam feitos. Em terceiro, a equipe faz propostas de curto, médio e longo prazo a serem negociadas com o paciente pelo membro da equipe com quem ele tenha maior proximidade. A divisão de responsabilidades é necessária para definir as tarefas de cada membro com clareza e a reavaliação. Como último momento, se discute a evolução e se fazem as devidas correções de orientação (BRASIL, 2008).

Torna-se importante a criação de estratégias de implantação do PTS e de sensibilização e educação continuada para os tra-

balhadores de saúde, para que estes se apropriem da temática e passem a incorporá-la em seu cotidiano de trabalho. E assim integrem os cuidados entre os serviços e facilitem o acompanhamento do sujeito e a construção do PTS (SILVA et al., 2016).

Alguns aspectos devem ser observados pela equipe, como a escolha das situações para reuniões de PTS. Sugere-se que sejam escolhidos usuários ou famílias em situações mais graves e vulneráveis. As reuniões para discussão são de grande importância para a manutenção do vínculo entre os membros da equipe e com o usuário e a família. A duração de um PTS depende da característica de cada serviço oferecido. Os serviços de saúde na Atenção Básica, por exemplo, têm um seguimento mais longo que os de curta permanência. Outro aspecto significativo a ser considerado é a mudança causada pelas ações do PTS. Quando existem possibilidades de tratamento para uma doença, não é difícil comprovar que o investimento da equipe de saúde faz diferença no resultado (MIRANDA; COELHO; MORÉ, 2012).

Acredita-se que o PTS é uma ferramenta que deva ser considerada pelos profissionais que compõem os programas da atenção primária à saúde, ao cuidarem de pessoas em situação de vulnerabilidade, por possibilitar atendimento mais digno, respeitoso e, principalmente, resolutivo, visando às pessoas que necessitem de cuidados complexos (SILVA et al., 2016).

O PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR COMO PRÁTICA DA INTERDISCIPLINARIDADE

A atividade multiprofissional já implantada na Atenção Básica conta com a atuação de diferentes categorias. O que ainda não está definido, na grande maioria dos serviços de saúde, é a interdisciplinaridade, isto é, a formação de uma equipe com efetivo

vínculo entre saberes profissionais. A formação em saúde é fragmentada pelas características do modelo biomédico, o que dificulta a assistência compartilhada entre os profissionais da Atenção Básica. Para que a implantação de ações interdisciplinares ocorra, são necessárias trocas de saberes e a percepção de que o PTS constitui uma alternativa de interlocução entre as múltiplas profissões que atuam na Atenção Básica (MIRANDA; COELHO; MORÉ, 2012).

Com o intuito de solucionar os problemas presentes nas mais diversas situações de saúde, existe um conjunto de profissionais que tem como objetivo principal garantir o bem-estar da pessoa que atende, de forma integral e dinâmica. Portanto, considerada uma estratégia inovadora do SUS, o PTS está inserido no contexto interdisciplinar para a resolução de enfermidades a partir de ações realizadas por uma equipe multiprofissional, tomando como pressuposto o princípio da integralidade (SILVA et al., 2013).

O desenvolvimento de programas específicos e interdisciplinares é de grande importância na realização de projetos terapêuticos, onde estratégias conjuntas possibilitam um modo de fazer voltado para as necessidades do sujeito, visando a seu protagonismo e inclusão social (DESCHAMPS; RODRIGUES, 2016).

Para alcançar eficácia, o PTS não deve se basear em protocolos rígidos, mas num modelo sistematizado em que o sujeito constrói junto com a equipe de saúde um cuidado singularizado. Desse modo, é possível favorecer sua autonomia do sujeito e inserção nos processos de cuidado (SILVA et al., 2016).

O PTS foi assumido como um mecanismo que deve ter como finalidade, no nível de assistência primária, além de promover ações preventivas e curativas e de qualidade de vida. Nessa perspectiva, o envolvimento interdisciplinar entre os profissionais das Unidades Básicas de Saúde e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (UBS/NASF) e a integração de diferentes conhecimentos

devem visar à ampliação da resolutividade ações e a efetividade da atenção à saúde (MIRANDA; COELHO; MORÉ, 2012).

Assim sendo, inserido na temática da troca de saberes entre profissionais, atividade essencial no cuidado em saúde, enfatiza-se a construção do projeto terapêutico singular enquanto atividade rotineira a ser desenvolvida nos serviços de saúde (SILVA et al., 2013).

POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL E PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

Várias modificações foram ocasionadas pelo movimento de reforma psiquiátrica com o objetivo de transformar o modelo assistencial em saúde mental e conceber um novo olhar para os usuários desse serviço. Destaca-se, o empenho no respeito à cidadania da pessoa com transtorno mental e, por conseguinte, a reorganização dos modelos teórico-práticos de atendimento pautados no paradigma da atenção psicossocial (DESCHAMPS, RODRIGUES, 2016).

A Política de Saúde Mental no Brasil vem sofrendo diversas mudanças graças à criação dos serviços de atenção psicossocial, principalmente na relação com a atenção primária à saúde, ressaltando a importância da atuação integrada, descentralizada e intersetorial. Para isso, propõe estratégias de ampliação das intervenções de saúde, para que elas sejam executadas da forma cada vez mais adequada. A consolidação do modelo de atenção psicossocial tem foco no sujeito e em seus familiares e na elaboração do projeto terapêutico que valoriza os cuidados primários em saúde mental (JORGE et al., 2015).

Diferente do modelo manicomial antes empregado, as práticas psicossociais precisam ser promovidas a partir da vida sin-

gular e contextual do sujeito que sofre. Nesse sentido, o PTS pode ser compreendido como uma tecnologia para gestão do cuidado. A tríade (Projeto/Terapêutico/Singular) possibilita uma prática colaborativa, participativa, formativa e compartilhada entre o paciente, seu técnico de referência e demais profissionais de acordo com as suas necessidades e demandas (GRIGOLO et al., 2014;). O PTS como processo, se apresenta como espaço de construção de projetos de vida, onde as transformações acontecem, a cidadania é exercida, os vínculos sociais são estabelecidos e as figuras sociais são apresentadas (DESCHAMPS, RODRIGUES, 2016).

Constantemente, relatos afirmam que o cuidado realizado na atenção básica deve ser caracterizado pelo uso de tecnologias leves, tais como acolhimento, escuta, vínculo e pelo esforço por parte dos integrantes da equipe, em articular ações de saúde mental onde a construção do PTS seja centralizada nesses pontos, considerando o cuidado na atenção primária como necessário para a produção de intervenções em saúde mental, resultando com o sentimento de satisfação do usuário em relação ao atendimento recebido (JORGE et al., 2015).

Considerando a complexidade que envolve os problemas de saúde mental e sua influência nos aspectos biopsicossociais, o acompanhamento terapêutico de portadores de transtorno mental tendo sua própria participação promove a adesão ao tratamento farmacológico (quando necessário) e não farmacológico (JORGE et al., 2015), desde a elaboração junto com o paciente e sua família, permitindo que todos se beneficiem. Durante a realização do projeto, os participantes se esclarecem sobre o transtorno mental, sobre a qualidade do serviço e sobre a importância da autonomia e da reinserção social para o usuário (CARVALHO et al., 2012). Por isso, ele pode ser considerado um tipo de educação per-

manente em processo, um trabalho interdisciplinar e uma prática inovadora no campo da saúde mental (JORGE et al., 2015).

LIMITES E DESAFIOS DA REALIZAÇÃO DO PTS NAS AÇÕES DE SAÚDE

É indispensável ressaltar a presença de diferenças, conflitos e contradições na elaboração de projetos terapêuticos singulares, para que sejam trabalhados e esclarecidos (BRASIL, 2013). As reuniões com o intuito de possibilitar diálogo e conflitos e diferenças são o ponto chave.

A dificuldade para organizar o trabalho em equipe tem sido um dos obstáculos presentes na aplicação do PTS na rotina assistencial. Relatos de profissionais referem ainda, o excesso da demanda dos usuários e o acúmulo de outras atividades como consultas programadas e de demanda espontânea, além das atividades de ordem burocrática, como preenchimento de formulários e relatórios (SILVA et al., 2016).

O apoio do gestor no processo de elaboração de ações de Educação Permanente no PTS representa uma realidade a ser encarada e negociada. É preciso sensibilizá-lo para que tenha compreensão desse modelo de atenção e coopere para o êxito do trabalho (MIRANDA; COELHO; MORÉ, 2012).

Outro desafio é manter o vínculo do usuário para que não desista do projeto. Para isso, embora o trabalho seja de equipe, é fundamental haver um profissional de referência com quem o usuário mantenha relação de confiança e afinidade (SILVA et al., 2016). Conjuntamente, práticas de educação permanente e participação da família são de grande valia na construção e no

acompanhamento do paciente em seu projeto terapêutico, a fim de motivá-lo e assegurar sua permanência.

Em relação às limitações existentes na proposta de PTS, estudos apontam que se deve cuidar de melhorar a comunicação e a integração da equipe e a construção de espaços multidisciplinares nos serviços. A prática de abordagem integral precisa estar presente desde a formação acadêmica (SILVA et al., 2013). Tudo é mais difícil quando os envolvidos não possuem vontade, aptidão ou competência para dividir conhecimentos, escutar e respeitar às experiências e saberes dos outros.

É importante enfatizar que a condução do processo e o desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular podem representar desafios consideráveis, mas todos podem ser superados (MIRANDA; COELHO; MORÉ, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Projeto Terapêutico Singular é uma estratégia inovadora de cuidado que promove a reestruturação do modelo tradicional de assistência aos pacientes com transtornos mentais. Ele se baseia no diagnóstico do problema junto com o paciente e sua família, e no diálogo, na escuta e no aprendizado coletivo de um grupomultiprofissional que compartilha ideias e dificuldades.

Não só para a assistência psicossocial, mas para maior efetividade de vários de cuidado, é importante se investir numa equipe interdisciplinar que promova uma atenção integral.

A ênfase do bom serviço de saúde deve estar na percepção da qualidade de vida das pessoas atendidas. Assim, torna-se indispensável compreender o indivíduo em seu convívio e singularidade, analisando situações de risco e sua vulnerabilidade, aspirações

e interesses, buscando sua corresponsabilidade pela saúde, junto com a equipe que o trata.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf. Acesso em: 10 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Clínica ampliada. Equipe de referência e Projeto Terapêutico Singular. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Textos Básicos de Saúde**. 2. ed. Série B. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_projeto_2ed.pdf. Acesso em: 10 fev. 2017.

CARVALHO, Laura Graças Padilha de et al. A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações. **O mundo da Saúde**, v. 36, n. 3, p. 521-5, 2012.

DESCHAMPS, Andréa Luciana Poerner; RODRIGUES, Jeferson. Política de saúde mental e projeto terapêutico singular. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 8, n. 17, p. 78-92, 2016.

GRIGOLO, Tânia Maris et al. O projeto terapêutico singular na clínica da atenção psicossocial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 7, n. 15, p. 53-73, 2014. Disponível em [100 |](http://incuba-</p></div><div data-bbox=)

dora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2951/4437.
Acesso em: 10 fev. 2017.

JORGE, Maria Salete Bessa et al. Apoio Matricial, Projeto Terapêutico Singular e Produção do Cuidado em Saúde Mental. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 112-120, 2015. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71438421014>. Acesso em: 10 fev. 2017.

MIRANDA, Fernanda Alves Carvalho de; COELHO, Elza Berger Salema; MORÉ, Carmem Leontina Ojeda Ocampo. **Projeto terapêutico singular**. Especialização Multiprofissional em Saúde da Família, 2012. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acer-vo/handle/ARES/1089>. Acesso em: 10 fev. 2017.

SILVA, Ariná Islaineda et al. Projeto terapêutico singular para profissionais da estratégia de saúde da família. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 1-8, 2016.

SILVA, Esther Pereira da et al. Projeto Terapêutico Singular como estratégia de prática da multiprofissionalidade nas ações de saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 17, n. 2, p. 197-202, 2013.

PARTE II: SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

CAPÍTULO VI

TERAPIAS COMUNITÁRIAS NA ATENÇÃO BÁSICA

*Yoshyara da Costa Anacleto Estrela
André Luiz Dantas Bezerra
Thuany Rodrigues Dias
Milena Nunes Alves de Sousa*

INTRODUÇÃO

No Brasil, a abordagem da saúde mental compõe um grande desafio para o sistema de saúde. Ao longo de muitos anos, os pacientes psiquiátricos foram vítimas de preconceito e de violência, sendo sua assistência centrada em hospitais psiquiátricos denominados de manicômios (KALICHMAN; AYRES, 2016). Nesse período, surgiram inúmeros movimentos de crítica às instituições psiquiátricas e às formas de tratamento dispensadas a esses pacientes. Com isso, emergiu a necessidade de se investir em ações de reestruturação da atenção em saúde voltada para pessoas em adoecimento psíquico, com o intuito de

estimular sua autoestima e sua interação com os familiares e a sociedade (KALICHMAN; AYRES, 2016).

A sociedade atual encontra-se exposta a situações estressantes e de vulnerabilidade, tornando-se cada vez mais frágil e sujeita a conflitos sociais e pessoais que contribuem para o desenvolvimento de transtornos mentais (GARCIA; TAVARES; ASSUNÇÃO, 2018). Compreende-se, então, que a maioria desses transtornos é evitável e merecem atenção e estratégias de inclusão e participação social. Em 2002, destacaram-se mudanças no modelo de assistência preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e o Ministério da Saúde apresentou documentos, como o Relatório de Oficinas de Saúde Mental, que discutiam a inserção da saúde mental na atenção básica, servindo como ponto de apoio e de organização do cuidado com esses pacientes (AZEVEDO et al., 2013; LIMA, 2016).

Nesse contexto, nos últimos anos tem crescido a busca por abordagens terapêuticas que valorizem o ser humano e efetivem a prevenção de agravos e promoção de saúde. São então apresentadas as terapias integrativas e complementares que abordam o desenvolvimento de um vínculo entre o ser humano e a sociedade em que está inserido, contribuindo para uma abordagem adequada para o seu processo de saúde-doença, com ênfase na escuta acolhedora (MOURÃO et al., 2016; MOURA et al., 2017).

Dentre as terapias complementares, vem se destacando a terapia comunitária (TC), que objetiva desenvolver uma atenção integral aos indivíduos, com impacto na sua autonomia e no enfrentamento das dificuldades em seu cotidiano, contribuindo para seu fortalecimento pessoal (FERREIRA; LAZARTE; BARRETO, 2015).

A TC foi criada na cidade de Fortaleza, Ceará, pelo psiquiatra Adalberto de Paula Barreto, para servir como um recurso no processo de saúde-doença para pacientes em situação de sofrimento

(GUIMARÃES; SOARES; SANTOS, 2019). Consiste numa estratégia de promoção de encontros interpessoais e intercomunitários em que são realizados relatos de experiências de vida dos participantes, contribuindo para o resgate de sua autoestima e confiança, tornando-os fortalecidos para enfrentar seus problemas e buscar soluções. Com isso, foi implementada na Atenção Básica mediante Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) do SUS (MOURA et al., 2017; GUIMARÃES; SOARES; SANTOS, 2019).

Devido ao seu baixo custo e fácil acessibilidade, muitos campos na área da saúde estão aplicando a TC como tratamento complementar, dentre eles, o da saúde da mulher, o da pessoa idosa e especialmente o da saúde mental, abordando, por exemplo, usuários de drogas e com transtornos mentais (FERREIRA; LAZARTE; BARRETO, 2015; GARCIA; TAVARES; ASSUNÇÃO, 2018).

Portanto, a TC pode ser realizada em qualquer ambiente e não discrimina o perfil de participantes, podendo dela participar pessoas de qualquer nível socioeconômico e cultural. No entanto, sua coordenação deve ficar a cargo de pessoas devidamente treinadas, mas não necessariamente, com formação acadêmica. Como forma de organização de suas atividades, os terapeutas comunitários dispõem das seguintes etapas: 1) Acolhimento; 2) Escolha do tema; 3) Contextualização; 4) Problematização; 5) Conclusão e 6) Apreciação (ANDRADE; COSTA; FERREIRA, 2014; MENEZES et al., 2019).

A fase de acolhimento envolve a celebração de boas-vindas e a exposição do objetivo da terapia. Posteriormente, os participantes escolhem o tema a ser abordado, com base em votação e na maior necessidade de cada comunidade. Logo após são apresentados os relatos pessoais e discussões sobre o tema, com a formação de rodas de conversa e, por fim, com a reflexão sobre as opiniões e o aprendizado adquirido durante a terapia (ANDRADE; COSTA; FERREIRA, 2014; MENEZES et al., 2019).

No âmbito da saúde mental, as TC oferecem uma reorientação do modelo de assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário à Saúde e favorecem a promoção de modelos alternativos e a criação de serviços de saúde mental desinstitucionalizados, não hospitalares. Além disso, propõem uma intervenção precoce e garantem a reinserção social e a reabilitação dos pacientes, no longo prazo, prevenindo sua incapacidade (LEMES et al., 2017; GARCIA; TAVARES; ASSUNÇÃO, 2018).

DESENVOLVIMENTO

A TC proporciona um ambiente adequado para que os participantes possam se comunicar e autoconhecer, mediante uma rede viva de comunicações em que cada um pode expressar todos os seus sentimentos, sejam eles de alegria, satisfação, medo, angústias, fortalecendo as pessoas para que possam reagir e enfrentar as situações adversas (OLIVEIRA et al., 2017). É tida como uma “terapia para a prevenção” que considera as necessidades e o sofrimento dos pacientes, não focando apenas na doença. Os relatos de histórias de vida dos participantes e o apoio social permitem que os indivíduos entendam sua realidade e busquem meios de enfrentar as dificuldades impostas pela vida. Muitas vezes, com a troca contínua de experiências as pessoas passam a adoecer menos, pois se sentem mais apoiados emocionalmente (RANGEL; MIRANDA; OLIVEIRA, 2016).

A TC representa uma oportunidade de os indivíduos buscarem uma rede social de apoio. Com isso, as atividades no grupo são realizadas de inúmeras formas possíveis, como: dinâmicas, roda de conversa, atividades de meditação e relaxamento, pas-

seios turísticos, discussões sobre temas importantes e qualquer outra atividade que permita uma troca de experiências e de sentimentos entre os participantes da terapia (MELO et al., 2015).

Durante as rodas de conversa (Figuras 1 e 2), por exemplo, os terapeutas comunitários exercem a função de mediadores e os participantes, nas suas falas, vão trocando seus problemas e suas experiências de vida (ROCHA et al., 2013; ANDRADE; ARAÚJO, 2019). A clareza e a sinceridade na comunicação constituem elementos de união social, em que cada pessoa passa a ter mais clareza e frequentemente uma visão diferente sobre os seus problemas. Na maioria das vezes, encontra sugestões e descobre o potencial para a solução deles.

FIGURA 1: RODA DE CONVERSA EM AMBIENTE FECHADO.



Fonte: Veloso, 2019.

FIGURA 2: RODA DE CONVERSA EM AMBIENTE ABERTO.



Fonte: Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2018.

Uma das regras mais importantes da terapia consiste em não dar conselhos, mas relatar sobre a experiência de vida que cada um possui, resultado de diferentes saberes e opiniões (GARCIA; TAVARES; ASSUNÇÃO, 2018).

A estratégia tem oferecido diversos benefícios, dentre eles, a potencialização dos recursos internos de cada participante através da identificação dos seus problemas e do reconhecimento de que são capazes de resolvê-los, ou de ao menos, encaminhar possíveis soluções. Ensinar, segundo a proposta pedagógica apresentada por Paulo Freire, não se trata apenas de transferir conhecimentos acumulados, mas compõe um exercício de diálogo e reciprocidade. Os criadores da Terapia Comunitária adotaram essa proposta, de forma que os terapeutas não impõem leituras

e não transmitem conteúdos teóricos. Eles praticam a escuta ativa, que possibilita reconhecer a fala do outro, bem como seus valores e sua história de vida. Na roda de conversa, essa partilha de experiências entre as pessoas alivia o sofrimento e as frustrações, fortalecendo as redes de apoio familiar e social, ampliando as possibilidades de compreensão e de solidariedade (ANDRADE; ARAÚJO, 2019).

Assim, a TC permite o estabelecimento de vínculos solidários com participação coletiva no processo de saúde, através da construção de redes de cooperação e de espaços de saúde mais humanizados. As evidências mostram que os profissionais de saúde estão cada vez mais inserindo a TC em suas práticas, principalmente em propostas voltadas para a saúde mental, que objetivam a integração social, o autocuidado e a melhora na autoestima e da segurança dos pacientes (GARCIA; TAVARES; ASSUNÇÃO, 2018).

Esse tipo de terapia vem contribuindo para o bem-estar das pessoas, permitindo uma melhora da autoestima e da autoconfiança, através do processo de resiliência e de empoderamento, incentivando a autonomia e o desenvolvimento de habilidades de autocuidado e integração social. O conhecimento da TC e a motivação para a participação dos encontros em grupos surgem, geralmente, pelos convites das equipes de Saúde da Família e pela divulgação na mídia local (GIFONI et al., 2015; MENEZES et al., 2019).

Em estudo realizado entre indivíduos com transtornos mentais, observou-se que a TC proporcionou a troca de experiências e promoveu a autonomia de seus participantes que relataram diversos benefícios, destacando-se o resgate da espiritualidade e de sentimentos de alegria e gratidão ao compartilhar suas histórias de vida, relatando mudanças de comportamento e sentindo-se mais seguros na tomada de decisões em situações rotineiras (ANDRADE; COSTA; FERREIRA, 2014; ARAÚJO et al., 2018).

As estratégias abordadas durante os encontros levam os pacientes a uma reflexão crítica sobre os problemas e propõe as mudanças em seu cotidiano, o que contribui para o bem-estar e a melhoria da qualidade da saúde mental (GIFFONI et al., 2015). Nesse sentido, estudos identificaram que a terapia comunitária integrativa apresentou benefícios importantes como: melhora da autonomia e da empatia, fortalecimento da espiritualidade, incentivo ao empoderamento e a resiliência, além do fortalecimento de vínculos sociais que conseqüentemente amenizam o sofrimento e o medo das pessoas (GIFFONI et al., 2015; ANDRADE; ARAÚJO, 2019).

Embora a TC não se proponha a substituir o tratamento farmacológico, ele vem se tornando um excelente tratamento complementar na abordagem de pacientes com sintomas de ansiedade e depressão e em pessoas dependentes de psicofármacos pelo uso prolongado (LEMES et al., 2017). O consumo excessivo de psicofármacos, especialmente antidepressivos, tem sido usado para apaziguar a dor da alma, como fuga de sentimentos de desamparo, solidão e insegurança, e para remediar o que o indivíduo acredita não ter mais a oportunidade de solucionar. No entanto, é possível adotar estratégias não-farmacológicas e, se realmente terapia farmacológica for imprescindível, associá-las (FERREIRA; LAZARTE; BARRETO, 2015).

É oportuno contemplar que a gestão de psicofármacos tem sido um problema na Atenção Primária à Saúde, especialmente pelo aumento de seu uso. E a classe mais utilizada tem sido de antidepressivos, antiepiléticos, ansiolíticos e antipsicóticos, respectivamente, de acordo com estudo realizado em Porto Alegre no Rio Grande do Sul (ROCHA; MARIA WERLANG, 2013). Outra pesquisa realizada em Caicó, Rio Grande do Norte, destacou o seguinte perfil entre os usuários de psicofármacos na Estratégia

Saúde da Família: “prevalente em mulheres pretas ou pardas, com baixa renda e pouca escolaridade, que desempenham atividades laborais em casa, e com adoecimento crônico” (MEDEIROS FILHO et al., 2018, p. 1). Contudo, diferentemente do estudo anterior, os ansiolíticos destacaram-se entre as drogas mais consumidas.

Em pesquisa com um grupo de pacientes mastectomizadas que apresentavam sintomas depressivos foi criado um grupo de autoajuda e realizados encontros periódicos em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Dentre as estratégias abordadas, utilizou-se a dinâmica de autorretrato (Figura 3), focando nas qualidades e perspectivas, oferecendo apoio psicológico e trabalhando na autoconfiança e autoestima das pacientes (RIBEIRO et al., 2014). Com isso, os autores relataram que a TC se mostrou importante para o bem-estar das pacientes consigo mesmas, melhorando sua autonomia e contribuindo para o desenvolvimento do processo de resiliência e empoderamento.

Relevante enfatizar que a TC proporciona a diminuição da intensidade do estresse, bem como de sinais emocionais negativos, como a depressão e a raiva, possibilitando que o paciente se fortaleça, consiga compreender suas dificuldades e aprenda a valorizar sua autoestima e autoconfiança (GIFFONI et al., 2015).

Outra abordagem utilizada na terapia comunitária é a “Dinâmica da Teia” (Figura 4), uma ferramenta que garante a união do grupo e permite a reflexão quanto à importância dos vínculos sociais. Para essa dinâmica é solicitado que os participantes formem um círculo, ficando uma pessoa responsável por segurar a extremidade de um novelo de lã e ir passando adiante, aleatoriamente, para os demais integrantes que se apresentam brevemente e citam uma palavra que signifique o motivo pelo qual “o trouxe” e “o que desejaria levar” daquele encontro (OLIVEIRA et al., 2017; PINA; OLIVEIRA; SÁ, 2019).

FIGURA 3: DINÂMICA DO AUTORRETRATO.



Fonte: Serviço Social do Comércio do Ceará (SESC – CE, 2019).

FIGURA 4: DINÂMICA DA TEIA.



Fonte: Revista MDA, 2016.

Em seguida, passando por todos, forma-se uma verdadeira teia entre uns e outros. Palavras como paz, amor, felicidade, amizade, força, fé e resiliência são desejadas pelos participantes e sentimentos de angústia, medo e tristeza são abandonados (OLIVEIRA et al., 2017; PINA; OLIVEIRA; SÁ, 2019). Ao final da dinâmica constata-se a importância de tecer redes, a partir da cooperação mútua, para o fortalecimento das relações, com a reflexão acerca do fato de que se uma única pessoa soltasse uma parte sequer do novelo de lã, a teia seria desfeita (OLIVEIRA et al., 2017).

Ademais, grande parte dos relatos e partilhas durante os encontros periódicos está relacionada a situações familiares. As mulheres idosas têm buscado a TC devido a problemas de relacionamento com companheiros e familiares, sobrecarga de atividades domésticas, referindo também desvalorização pessoal e desenvolvimento de sintomas depressivos consequentes ao abandono dos filhos (GIFONI et al., 2015). Nesse contexto, em experiências realizadas por psicólogos com grupos nas UBS, a TC proporcionou importantes mudanças nas relações interpessoais com os familiares e amigos, e fortaleceu as relações dessas mulheres com os profissionais do serviço de saúde (LAZARTE, 2015; GUIMARÃES; SOARES; SANTOS, 2019).

Por fim, os participantes das terapias comunitárias apresentaram vários motivos para continuarem frequentando as reuniões, dentre eles estão o atendimento de suas necessidades; a felicidade com o convívio com indivíduos de personalidades diferentes, mas que buscam compreender suas dificuldades e valorizam suas virtudes; o aprendizado, extraídos de cada encontro, o que contribui para a superação dos problemas do dia a dia. Além disso, são comuns relatos sobre fortalecimento dos vínculos com a família, amigos e com a igreja (MATOS et al., 2018; GUIMARÃES; SOARES; SANTOS, 2019).

Ante as especificações sobre algumas estratégias para terapias comunitárias na atenção básica, bem como sobre os benefícios para os participantes, destaca-se no quadro 1, a síntese dos principais achados dos estudos.

QUADRO 1. SÍNTESE DOS PRINCIPAIS ACHADOS DOS ESTUDOS.

ESTRATÉGIA: RODAS DE CONVERSA		
Autores/ano	Grupo	Benefícios citados
Carvalho et al. (2013)	Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	Os pacientes apresentavam histórias de superação, de apoio e mudanças comportamentais e relacionais, tal estratégia promoveu a recuperação dos processos de socialização natural que constituem a vida humana
Rocha et al. (2013)	Pacientes de Unidades Básicas de Saúde de João Pessoa, Paraíba	Permitiu compreender os conflitos existentes nas famílias, traçando assim condutas com maior poder de resolutividade.
Araújo et al. (2018)	Pacientes do Centro de Saúde da Família Benedito Artur de Carvalho (CSF-BAC), situado no município de Fortaleza-CE	A Terapia Comunitária constituiu uma estratégia viável de promoção da saúde ao passo que se reorganizou o serviço de saúde, evitando assim encaminhamentos desnecessários dos casos simples aos centros de atenção psicossociais. A
Garcia; Tavares; Assunção, 2018	Moradores de zona rural de um município do Ceará	Os resultados obtidos demonstraram que a TCI contribuiu como uma importante tecnologia de cuidado dentro do contexto da Saúde Mental, sobretudo na perspectiva de uma atenção extramuros direcionada à comunidade na produção de redes de vida.
Giffoni et al. (2015)	Usuários do Centro de Atenção Psicossocial-CAPS de Barbalha, Ceará	Participar da Terapia Comunitária produziu uma ruptura no cotidiano dos participantes, que relataram a ocorrência de mudanças em suas vidas durante esse período, abrangendo mudanças no estado emocional e mudanças de atitude nas relações familiares, conjugais, amorosas e sociais.
Lemes et al. (2017)	Usuários do Centro de Atenção Psicossocial-CAPS do Mato Grosso	A realização da TCI instigou os usuários a falarem de seus problemas, auxiliando-os e encorajando-os ao resgate de suas forças e autonomia, proporcionado ambiente favorável ao acolhimento das diversas e singulares circunstâncias de vida, o que pôde auxiliar no processo de enfrentamento dos sofrimentos

Moura et al. (2017) 273 idosos residentes em João Pessoa, Paraíba Constituiu uma rede de apoio para idosos, na qual se verificam um sentimento de pertencimento a um grupo e o empoderamento dos participantes através de sua participação nas rodas.

ESTRATÉGIA: DINÂMICA DO AUTORRETRATO		
Autores/ano	Grupo	Benefícios citados
Ribeiro et al. (2014)	Mulheres mastectomizadas	Contribuiu para melhorar sua autonomia e contribuindo para o desenvolvimento do processo de resiliência e empoderamento
ESTRATÉGIA: DINÂMICA DA TEIA		
Autores/ano	Grupo	Benefícios citados
Oliveira et al. (2017)	Idosos quilombolas do município de Conde, Paraíba	Os participantes, ao compartilharem suas dores e dificuldades, tornaram-se atores importantes na busca de superações e soluções dos conflitos diários, propiciando a todos experimentarem suporte e apoio do grupo.
Pina; Oliveira; Sá (2019)	Usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III-CAPS AD III de uma cidade do interior da Bahia	Possibilitou o desenvolvimento da autoestima, de identidade coletiva, do cuidado com o outro e, ao mesmo tempo, possibilitou o reconhecimento dos sujeitos como autores de suas próprias particularidades e potencialidades.

Fonte: Autoria Própria, 2020.

CONCLUSÃO

A ação integrada entre os cuidados primários e de saúde mental se apresenta como uma excelente alternativa terapêutica na abordagem de situações desfavoráveis e que proporcionam sofrimento psíquico nos pacientes, que surgem em situações cotidianas e nas relações interpessoais. A terapia comunitária possibilita a verbalização dos conflitos e das experiências de vida e compreende uma ferramenta eficaz com foco na prevenção do adoecimento psíquico e na promoção da saúde mental.

A TC empodera os participantes a partir da legitimação do conhecimento produzido a partir das experiências vividas. Nesse contexto, destaca-se a importância da criação de ambientes que possam acolher a enorme demanda de saúde mental e que as práticas bem-sucedidas, como são as TC, possam ser incorporadas no SUS, implementando-se as condições necessárias para a sua efetiva aplicabilidade.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, F. B.; COSTA, I. C. C.; FERREIRA, M. O. Terapia comunitária e fortalecimento do cuidado em saúde mental na atenção básica. **Revista de Enfermagem**, v. 8, n. 7, p. 2296-2301, 2014.
- ANDRADE, J. V.; ARAÚJO, D. C. O uso da terapia comunitária como estratégia para apoiar estudantes. **Vivências**, v. 15, n. 28, p. 165-170, 2019.
- ARAÚJO, M. et al. A terapia comunitária—criando redes solidárias em um centro de saúde da família. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, v. 1, n. 19, p. 71-76, 2018.
- AZEVEDO, E. B. et al. Pesquisas brasileiras sobre terapia comunitária integrativa. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 15, n. 3, p. 1-8, 2013.
- BRAGA, L. A. V. et al. Terapia Comunitária e resiliência: história de mulheres. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental**, v. 5, n. 1, p. 3453-3471, 2013.
- CARVALHO, M. A. P. et al. Contribuições da terapia comunitária integrativa para usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): do isolamento à sociabilidade libertadora. **Caderno de Saúde Pública**, v. 29, n. 10, p. 2028- 2038, 2013.
- FERREIRA, M. O.; LAZARTE, R.; BARRETO, A. P. Impacto e tendências do uso da Terapia Comunitária Integrativa na produção de cuidados em saúde mental. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 172-174, 2015.
- GARCIA, B. N.; TAVARES, A. V. M.; ASSUNÇÃO, M. F. Terapia Comunitária Integrativa em Saúde Mental: Por uma Atenção Dialógica, por um Cuidado Extramuros. **Revista de Psicologia**, v. 9, n. 2, p. 183-188, 2018.
- GIFFONI, F.A.O. et al. Terapia Comunitária como intervenção na Saúde Mental. **Revista de Psicologia**, v. 9, n.28. p. 61-70, 2015.
- GUIMARÃES, F. J.; SOARES, A. S.; SANTOS, M. S. A terapia comunitária integrativa como prática de cuidar na Atenção Primária à Saúde. **Revista de Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 218-230, 2019.
- KALICHMAN, A. O.; AYRES, J. R. D. M. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 8, p. 1-7, 2016.
- LAZARTE, R. Sociología y terapia comunitária integrativa. **Revista Uruguaya de Enfermería**, v. 7, n. 1, p. 67-76, 2015.

LEMES, A. G. et al. Terapia Comunitária Integrativa como estratégia de enfrentamento às drogas entre internos de comunidades terapêuticas: pesquisa documental. **Revista Eletrônica de Saúde Mental**, v. 13, n. 2, p. 101-108, 2017.

LIMA, A. F. Os movimentos progressivos-regressivos da reforma psiquiátrica antimanicomial no Brasil: uma análise da saúde mental na perspectiva da psicologia social crítica. **Salud & Sociedad**, v. 1, n. 3, p. 1-7, 2016.

MATOS, P. C. et al. Práticas integrativas complementares na atenção primária à saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 1-10, 2018.

MEDEIROS FILHO, J. S. A. et al. Uso de psicofármacos na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 3, p. 1-12, 2018.

MELO, O. S. et al. Repercussões da terapia comunitária integrativa nas pessoas doentes renais durante sessão de hemodiálise. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental**, v. 7, n. 2, p. 2200-2214, 2015.

MENEZES, J. O. et al. O impacto positivo na produção do cuidado e atenção em saúde mental através da terapia comunitária integrativa. **Temas em Saúde**, v. 19, n. 4, p. 193-216, 2019.

MOURA, S. G. et al. Representações sociais sobre terapia comunitária integrativa construídas por idosos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 2, p. 1-15, 2017.

MOURÃO, L. F. et al. Terapia comunitária como novo recurso da prática do cuidado: revisão integrativa. **SANARE**, v. 15, n. 2, p. 129-135, 2016.

OLIVEIRA, S. M. et al. Rodas de terapia comunitária: construindo espaços terapêuticos para idosos em comunidades quilombolas. **Revista Enfermagem da UFSM**, v. 7, n. 4, p. 712-724, 2017.

PINA, A. C. R.; OLIVEIRA, F. N.; SÁ, M. E. M. Grupo de atenção à vida: um olhar para além da dependência química no centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas III (CAPS AD III). **Seminário Gepráxis**, v. 7, n. 7, p. 4267-4279, 2019.

RANGEL, C. T.; MIRANDA, F. A. N.; OLIVEIRA, K. K. A terapia comunitária integrativa e a enfermagem: o fenômeno e seus contextos. **Revista de Pesquisa e Cuidado**, v. 8, n. 1, p. 3770-3779, 2016.

REVISTA MDA. **Teia humana**. 2016. Disponível em: <<https://www.revistamda.com/teia-humana/>>. Acesso em 03 jul. 2020.

RIBEIRO, I. F. A. et al. Grupo de autoajuda com mulheres mastectomizadas: trabalhando estratégias de educação em saúde. **Sanare**, v. 13, n. 1, p. 35-40, 2014.

ROCHA, B. S.; WERLANG, M. C. Psicofármacos na Estratégia Saúde da Família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 11, p. 3291-3300, 2013.

ROCHA, I. A. et al. Terapia comunitária integrativa: situações de sofrimento emocional e estratégias de enfrentamento apre-

sentadas por usuários. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 2, p. 155-162, 2013.

SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Terapia Comunitária Integrativa está em 29 unidades de saúde pública do DF**. 2018. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/terapia-comunitaria-integrativa-esta-em-29-unidades-de-saude-publica-do-df/>>. Acesso em: 03 jul. 2020.

SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO DO CEARÁ (SESC – CE). **SESC Fortaleza realiza a VI Semana Mulheres em Foco**. 2019. Disponível em: <<https://www.sesc-ce.com.br/noticias/sesc-fortaleza-realiza-vi-semana-mulheres-em-foco/>>. Acesso em: 03 jul. 2020.

VELOSO, S. **Roda de terapia oferece acolhimento à comunidade**. 2019. Disponível em: <<https://noticias.unb.br/125-saude/3112-roda-de-terapia-comunitaria-oferece-acolhimento-a-comunidade>>. Acesso em: 03 jul. 2020.

CAPÍTULO VII

DESMAME DE PSICOTRÓPICOS NA ATENÇÃO BÁSICA NA PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS ESPECIALISTAS EM SAÚDE MENTAL

*Bruno Bezerra do Nascimento
Tarciana Sampaio Costa
Thayanne Ramos de Almeida*

INTRODUÇÃO

A utilização de psicotrópicos é uma temática frequente na vida da população brasileira que tem uma rotina competitiva, trazendo sintomas de ansiedade e estresse. Para minimizar e não encarar esses sintomas, muitas pessoas optam por adotar o uso de medicamentos, sem ao menos experimentar outras medidas não medicamentosas (GUIMARÃES, 2013).

Os medicamentos psicotrópicos são de origem química, natural ou sintética e são usados no tratamento dos transtornos mentais e comportamentais. Conforme sua finalidade terapêutica essas drogas podem estimular, deprimir e alterar a atividade

mental (FILIZOLA; PAVARINI; PETRILLI FILHO, 2011). As principais classes desses medicamentos são os antipsicóticos, ansiolíticos e hipnóticos, os antidepressivos e estabilizantes de humor. Dados da Vigilância Sanitária (2012) mostram que os ansiolíticos estão listados entre os mais vendidos no país.

O uso inadequado de psicotrópicos, definido como o uso sem supervisão médica ou em quantidades/prazos superiores ao preconizado para o tratamento, tem sido crescente nos últimos anos e se tornado objeto de inquietação na área de saúde pública. Para relatos de insônia ou ansiedade é indicado que o uso de benzodiazepínicos (BZD), por exemplo, não extrapole quatro semanas. Todavia, pesquisas têm mostrado diversos casos de uso prolongado, por meses ou até anos (SOUZA; OPALEYE; NOTO, 2013).

Com o acesso facilitado aos medicamentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e médicos não psiquiatras prescrevendo fármacos psicotrópicos, seu uso está se tornando rotineiro e abusivo, o que leva à dependência de drogas e ao aparecimento de outros sintomas causados pelo uso abusivo dos medicamentos sem acompanhamento como, por exemplo, taquicardia, insônia, moleza, nervosismo e boca seca (GUIMARÃES, 2013).

Lima, Siciliane e Drehmer (2012) evidenciam em estudo que ainda existem lacunas a serem preenchidas no modelo de atenção primária em saúde mental idealizado pelo Ministério da Saúde e o que tem sido praticado na saúde pública.

Por consequência, o que foi preconizado pela reforma psiquiátrica ainda não foi implementado de forma satisfatória na atenção primária brasileira. Tem-se como os principais motivos para este desencontro entre a teoria e a prática da atenção à saúde mental na rede básica a falta de capacitação dos trabalhadores da rede básica, além de problemas na articulação entre os serviços de atenção básica e suas redes de apoio, o que acaba ocasionando

a valorização da assistência especializada e a perpetuação do modelo biomédico, hospitalocêntrico e medicalizante. (LIMA; SICILIANE; DREHMER, 2012 p. 145).

Estudo mostra o alto índice de medicamentos psicotrópicos em uma unidade básica de saúde (ALONSO, 2015). A mesma pesquisa mostra que nas consultas realizadas com indicação de psicotrópicos foi constatado que a maior frequência de prescrição é feita por clínicos gerais, seguidos por neurologistas e psiquiatras. Por parte das outras especialidades médicas a frequência de prescrições é baixa. Em grande parcela das consultas não havia a identificação do médico prescritor, ou seja: sem nome, assinatura, carimbo ou número do Conselho Regional de Medicina (CRM).

Os fatos supracitados nos mostram o quão indiscriminadas são as prescrições de psicotrópicos nos serviços de saúde, acarretando sérios problemas de saúde pública diante da dependência desse tipo de medicamento.

Drogas psicotrópicas são substâncias que agem diretamente no sistema nervoso central do indivíduo, podendo causar dependência (SILVA, 2012). De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV (DSM – IV) (2014) a dependência é caracterizada por um padrão de uso disfuncional de uma substância, levando a comprometimento ou desconforto clinicamente significativo no período de doze meses.

Drogas psicotrópicas podem promover alterações de comportamento, humor e cognição, modificando seletivamente o SNC. Tal efeito depende de fatores como o tipo da droga (estimulante, depressora ou perturbadora), da via de administração, das condições psicológicas e físicas do indivíduo, dentre outros. O uso excessivo e indiscriminado de tais substâncias pode resultar na dependência química ou física e sérios danos ao organismo (SMITH, 2012; LOPES; GRIGOLETO, 2013; SILVA; IGUTI, 2013). Isso

leva à necessidade de direcionar estratégias para o desmame de psicotrópicos no serviço de saúde.

A integração dos serviços de saúde voltados para a saúde mental na estratégia saúde da Família (ESF) compõe uma técnica utilizada pelo Ministério da Saúde, com destaque no território, na desinstitucionalização da psiquiatria e no atendimento humanizado (ROCHA; WERLANG, 2013). Em razão disso, grande parte dos usuários são cuidados na atenção primária a saúde (APS), uma vez que os centros de atenção psicossocial (CAPS) são vinculados a ESF para apoiar as equipes na prestação dos cuidados aos portadores de doenças mentais e suas famílias em certo território (GUERRA et al., 2013). Partindo desse contexto, percebe-se a importância do desmame de psicotrópicos, tendo em vista os benefícios que isso trará à saúde pública.

Dessa forma, esse estudo permite conhecer a percepção dos profissionais de saúde mental a respeito do desmame de psicotrópicos na atenção básica. Assim os resultados dessa pesquisa trarão benefícios para os graduandos e profissionais de saúde; para a comunidade científica, propiciando debates em eventos científicos; e para os próprios usuários, para que tenham acesso a uma assistência menos medicamentosa e com mais opções de terapia substitutivas. O trabalho também oferece subsídios para que as políticas públicas em saúde.

O trabalho tem como objetivo averiguar a percepção de profissionais especialistas em saúde mental acerca do desmame dos psicotrópicos ofertados na atenção básica.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo com abordagem qualitativa. A pesquisa de campo caracteriza-se pelas investigações em

que, além da pesquisa bibliográfica e/ou documental, se realiza coleta de dados junto a pessoas, com diferentes tipos de modalidade (pesquisa ex-post-facto, pesquisa-ação, pesquisa participante, dentre outras.) (FONSECA, 2002). A pesquisa qualitativa não se preocupa com representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social ou de uma organização. Opõem-se ao pressuposto que defende um modelo único de pesquisa para todas as ciências, já que as ciências sociais têm sua especificidade (GOLDENBERG, 1997).

O estudo foi desenvolvido nas Faculdades Integradas de Patos (FIP), no curso de Pós-graduação *Latu Sensu* em Saúde Mental. Foram selecionados 24 profissionais de saúde (psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros matriculados no curso de Pós-graduação das FIP), sendo 19 do sexo feminino e 5 do sexo masculino, com 22 a 49 anos de idade. O critério de inclusão principal foi que o profissional estivesse matriculado no curso de Pós-Graduação em saúde mental das FIP. Foram excluídos os que se negarem a participar ou não se apresentaram no momento da pesquisa.

Os convidados participaram de uma entrevista semiestruturada, composta por duas partes: a primeira contendo questões sociodemográficas; e uma segunda com questões subjetivas, relacionadas ao objetivo do estudo, partindo dos seguintes questionamentos: 1) a sua percepção acerca do desmame dos psicotrópicos na atenção básica? 2) conhecimento sobre alguma estratégia aderida da atenção básica para promover o desmame dos psicotrópicos? 3) percepção sobre o uso de psicotrópicos na atenção básica? e 4) sobre quais estratégias indicadas para promover o desmame dos psicotrópicos na atenção básica? Tais questionamentos buscaram compreender as percepções dos profissionais acerca do desmame de psicotrópicos na atenção básica, levando em consideração a sua classificação em eixos temáticos.

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos (CAAE: 60205716.8.0000.5181), localizado no município de Patos–PB, para obter o consentimento legal para realização da pesquisa à luz dos princípios éticos. O estudo foi realizado com autorização da Coordenadora Administrativa do setor de pós-graduação das Faculdades Integradas de Patos, levando-se em consideração os aspectos éticos em pesquisas que envolvem seres humanos, conforme descrito na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012a). A coleta dos dados se deu mediante a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, parecer número: 1.793.514.

O estudo ocorreu em sala de aula, com tempo estimado de aproximadamente 20 minutos, com permissão prévia do docente. Foi precedido por uma explicação acerca do tema em investigação e seus objetivos, assegurando os esclarecimentos necessários para o adequado consentimento, e esclarecimento de possíveis dúvidas referentes à linguagem/nomenclatura utilizada no roteiro. Os participantes foram informados de que as respostas seriam mantidas em sigilo. Também o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado, e as pessoas foram avisadas de que poderiam desistir em qualquer fase do estudo.

A análise dos dados ocorreu através da compreensão do discurso do sujeito, segundo Triviños. As questões subjetivas foram analisadas por meio da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin e tratada por Triviños (2006). Segundo este autor, tal análise compreende três grandes etapas, sendo estas descritas a seguir: 1) Pré-análise – refere-se à organização do material coletado, a partir da transcrição na íntegra do conteúdo das entrevistas; 2) Descrição analítica – que congrega as fases de transformação dos dados no corpus do estudo, em que o referencial teórico é revisto junto com os dados coletados a fim de se proceder à codifi-

cação, classificação e categorização; e 3) Interpretação referencial – fase em que a reflexão e a intuição baseadas no aporte teórico permitem ao pesquisador identificar o conteúdo manifesto e o material latente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Visando a conhecer melhor a subjetividade dos profissionais acerca do desmame de psicotrópicos na atenção básica (AB), os participantes da pesquisa se posicionaram a partir de questões pré-estabelecidas e já citadas. Os resultados foram agrupados em quatro eixos temáticos: 1) desmame de psicotrópicos na AB e os subitens: “delicado”, “não acontece”, “extremamente importante”, “assunto desconhecido” e “não é viável o desmame”. 2) Estratégia aderida na AB para promover o desmame e os subitens “não conhece” e “estratégia usada”. 3) Percepção do uso de psicotrópicos e os subitens “preocupante”, “abusivo”, “dependente” e “eficaz”. 4) Indicação de estratégias para o desmame de psicotrópicos na AB.

Vale ressaltar que os trechos das respostas foram avaliados mediante os questionamentos. Os sujeitos do estudo são apresentados através de nomes das principais cidades do mundo, garantindo assim, o sigilo ético na pesquisa.

Dos 24 profissionais, 10 perceberam o desmame de psicotrópicos na AB como “delicado”, e relataram existir pessoas que fazem uso de maneira irresponsável, causando dependência, tornando os casos mais complicados. E ainda, que existe uma forte cultura de medicalização, fragilizando o processo de desmame. Os entrevistados afirmaram também que o paciente deposita muita segurança no medicamento, tornando-o extremamente resistente ao processo de retirada do psicotrópico, muitas vezes por medo de perder os ganhos que o medicamento proporcionou. Alguns

relataram que muitos profissionais têm dificuldade na realização do desmame de psicotrópicos, o que pode ser exemplificado nas falas a seguir:

O desmame de um psicotrópico sempre é algo bastante delicado. O paciente por muitas vezes deposita no psicotrópico sua segurança, sua base e resistência ao processo de retirada dos mesmos, por temer perder os ganhos alcançados. Ainda existem aqueles que vêm ingerindo os medicamentos há muito tempo e de maneira irresponsável e assim em processo de dependência, esses casos são sempre mais delicados (TÓQUIO).

É muito delicado. Deveria ser uma temática mais abordada e discutida entre os profissionais de saúde, pois muitos deles não têm conhecimento e tem bastante dificuldade para fazer esse procedimento (LOS ANGELES).

Por existir uma cultura forte e atuante da medicalização é delicado a realização do desmame na atenção básica (XANGAI).

Os medicamentos psicotrópicos são drogas psicoativas que atuam no sistema nervoso central, produzir alterações na consciência e por vezes a dependência. A utilização desses medicamentos provoca intoxicação e abusos, especialmente os da classe de sedativos, hipnóticos e antipsicóticos (MATTA; MIRANDA; CASTRO, 2011).

O grande consumo de psicotrópicos em escala mundial tem se tornado um fenômeno cada vez mais presente em nosso cotidiano, por causa do aumento da medicalização do sofrimento psíquico. Esses medicamentos derivam de uma cultura que se iniciou desde os anos 1950 com a medicina psiquiátrica, que passou a prescrever essas drogas à população, que passaram a ocupar um lugar importante para alívio do mal-estar atualmente (CARRILHO et al., 2015).

O uso racional de drogas psicotrópicas deve ser uma atividade indispensável na prática dos profissionais da equipe de saúde, sendo realizada a chamada farmacovigilância contínua para que, desde o momento da prescrição médica, os usuários sejam orientados de forma clara e sucinta quanto a uma administração segura (LOPES; GRIGOLETO, 2011).

Os profissionais entrevistados também configuraram o desmame de psicotrópicos na atenção básica como algo que “*não acontece*”, o que foi exposto por três profissionais. Afirmaram que não existe incentivo institucional para que a prática do desmame aconteça, pelo contrário, há incentivo ao uso contínuo dessas drogas. Relataram ainda que os usuários só retornam à consulta para receber uma nova receita e que os profissionais médicos não estão preocupados e nem comprometidos com a qualidade dos atendimentos.

Apesar de pouco tempo de atuação, percebo que não existe nenhum tipo de incentivo institucional a essa prática, pelo contrário, é comum profissionais incentivarem o uso contínuo de psicotrópicos (TORONTO).

Não acontece, pois os médicos preocupados com a produção, não se comprometem com o detalhamento dos atendimentos (PARIS).

Minha percepção é que não ocorre esse desmame, pelo contrário, os usuários de psicotrópicos só aparecem no momento em que necessitam das receitas (LONDRES).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), mais de 50% das medicações com prescrições médicas são dispensadas e vendidas de maneira incorreta. Um pouco mais de 50% das pessoas administram os medicamentos de forma inadequada e mais de 50% dos países não desenvolvem políticas para promover o uso racional de medicamentos.

A maioria considera uso racional de medicamentos o fato do médico dar ao usuário o medicamento com posologia correta, orientá-lo sobre o tempo adequado de uso, garantindo o benefício terapêutico e segurança. Uma boa logística de medicamentos proporciona benefícios individuais, institucionais e nacionais. (BRASIL, 2012b).

Ainda sobre o “desmame de psicotrópicos na AB”, nove entrevistados consideraram o desmame “extremamente importante” na atenção básica. Também afirmaram que deve ser considerado o acompanhamento psicológico, bem como o de toda a equipe interdisciplinar nesse processo. Relataram ainda que lhes é perceptível a dependência que essa classe de medicamentos causa, o que torna essencial a prática do desmame. Em geral, o usuário responsabiliza a medicação por sua melhora, não se responsabilizando por sua própria saúde.

Se torna extremamente importante, levando em consideração sempre, o acompanhamento psicológico e de toda a equipe interdisciplinar no processo do desmame (SÃO PAULO).

Extrema importância, cada vez mais percebemos a enorme dependência dos usuários dos serviços de saúde e assistência aos psicotrópicos. Dependência esta que na maioria dos casos trata-se de uma dependência mais psicológica que mesmo a necessidade de se utilizar essa medicação. Nesse caso, o desmame é importantíssimo por que as pessoas responsabilizam a medicação pela sua melhora ou mesmo a decadência do seu estado, não se responsabilizando pela sua própria saúde (RIO DE JANEIRO).

Em relação ao desmame, eu tenho uma visão positiva, no sentido de que, nós precisamos nos desvincular do tratamento farmacológico, o objetivo dos medicamentos é restaurar a ordem natural do organismo físico e psíquico. Neste sentido é importante o processo de desmame

quando o acompanhamento é feito de maneira correta. Os psicotrópicos têm alto índice de dependência, e isso deve influenciar negativamente na ordem de vivência do indivíduo (AMSTERDAM).

A dependência química é um problema potencialmente grave, ocorrendo principalmente com os benzodiazepínicos, tornando-se ocorrência comum nas unidades básicas de saúde (UBS). Os usuários que já se encontram dependentes enfrentam grande resistência para aceitar o processo de desmame, argumentando ser-lhes indispensável adroga, por se encontrarem em exacerbação de insônia e ansiedade (ARAÚJO et al., 2012).

No entanto, é de fundamental importância que haja uma conscientização da população e dos profissionais da atenção primária em saúde (APS) para que seja evitada a dependência química e o surgimento dos seus efeitos adversos. Por isso, é essencial que se estabeleçam critérios de eficácia e segurança para a prescrição médica de psicotrópicos (MOURA et al., 2016). Ainda no primeiro eixo acerca do desmame de psicotrópico, um entrevistado relatou: “desconheço o assunto”, e outro disse ter a percepção de que “não seja viável o desmame”, afirmando que a área de saúde mental, para algumas patologias não pode dispensar o uso de determinados tipos de medicamento.

Na minha opinião, acho que não é viável o desmame, pois a saúde mental é uma área que alguns tipos de patologia não dispensam alguns tipos de medicamentos (BRUXELAS).

Desconheço o assunto (MILÃO).

Em contrapartida, Camargo e Oliveira (2013) afirmam que o uso abusivo e inadequado de psicotrópicos no Brasil é um sério problema de saúde pública, visto que eles produzem efeitos colaterais graves. É de extrema importância a atuação do profissional

da área da saúde no correto diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos usuários.

Neste estudo, foi possível identificar que “delicado”, “não acontece”, “extremamente importante”, “assunto desconhecido” e “não é viável o desmame” são elementos constituintes da percepção dos profissionais em saúde mental sobre o desmame de psicotrópicos na atenção básica. Assim, tendo em vista essa mentalidade, é necessário que o planejamento de equipe considere a vivência dos que estão na prática.

O segundo eixo temático indagou sobre o conhecimento dos entrevistados sobre alguma estratégia aderida na atenção básica para promover o desmame de psicotrópicos. Dos 24 entrevistados, 21 disseram não conhecer e três afirmaram que muitas vezes as estratégias utilizadas existem de forma fragil.

Conheço as atividades de vida diária, as terapias em grupo realizadas pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (COPENHAGUE).

Existe de forma fragilizada. Às vezes acontece do próprio médico estar conduzindo o controle das prescrições, mantendo por 30 dias, e não conforme o paciente deseja (VARSÓVIA).

As atividades da vida diária que promovem de maneira preventiva e esclarecem a população são formas de ser evitado o consumo excessivo (BARCELONA).

A terapia psicológica é um tratamento interpessoal fundamentado em teorias psicológicas. É uma terapia individualizada, que procura assistir ao indivíduo com um transtorno mental, problema ou circunstância adversa. É exercida tanto como tratamento primário como coadjuvante da farmacoterapia. Existem muitas terapias psicológicas fundamentadas em evidência: psicoterapia cognitiva e comportamental; psicoterapia psicodinâmica; psico-

terapia interpessoal e entrevista motivacional. As três primeiras são indicadas para o tratamento da depressão (CARVALHO, 2016).

O terceiro questionamento realizado diz respeito à percepção do profissional sobre o uso de psicotrópicos na atenção básica, constituindo o terceiro eixo temático. Dos 24 entrevistados, 15 responderam que o uso desse tipo de medicamento é “abusivo”, e relataram que o cronograma para o dia de saúde mental na estratégia de saúde da família tem apenas a finalidade de entregar receita, sem reavaliação da real necessidade do uso para aquele indivíduo. Disseram ainda que o número de indivíduos aderindo ao uso de psicotrópicos é exagerado, muitas vezes com incentivo por parte dos profissionais da equipe de saúde da família.

Percebo o quanto é abusivo o uso desses medicamentos e o quanto é exagerado a adesão ao uso de psicotrópicos, tendo muitas vezes o incentivo dos profissionais que comportam a equipe de saúde da família (SÃO PAULO).

Percebo que nas ESF (Estratégias de Saúde da Família) o cronograma 'dia de saúde mental' é somente para prescrições de psicotrópicos e por vezes acontece uma observação do enfermeiro que pede ao médico para assinar e carimbar, sem em nenhum momento avaliar o paciente e ver sua real necessidade de uso ou não (ZURIQUE).

Nas últimas décadas, houve um aumento do uso de drogas psicotrópicas em vários países ocidentais e mesmo em alguns países orientais, provocando grande impacto social, econômico e sanitário nas sociedades, com considerável destaque para a saúde pública. Esse incremento tem sido atribuído à elevação de diagnósticos de transtornos mentais na população (GUERRA et al., 2013).

Os estudos que correlacionam o consumo excessivo de psicotrópicos pelos usuários dos serviços da atenção primária em saú-

de no Brasil reforçam que o perfil desses pacientes tem algumas características: prevalência do uso pelo sexo feminino, de pessoas com ensino fundamental, desempregados, portadores de doenças crônicas (hipertensão ou diabetes) e com idade entre 30 e 60 anos. Todas as pesquisas mostram ainda dois pontos relevantes sobre esse grupo: o abuso de psicotrópicos aumenta com a idade; e a maioria não precisaria utilizar esses medicamentos, pois não são portadores de nenhum transtorno psiquiátrico. Todavia, esses usuários têm maior acessibilidade aos serviços de saúde em comparação com pacientes psiquiátricos, por causa da gratuidade na distribuição desses fármacos. Os medicamentos mais consumidos são os antidepressivos e os benzodiazepínicos (MOURA et al., 2016).

O fato de mulheres apresentarem mais uso de medicamentos psicotrópico em relação aos homens pode ser explicado de várias formas, opressão machista, insatisfação com a vida ou o trabalho, problemas com os filhos e maior procura de solução dos problemas pela medicalização. O fato de terem mais facilidade para descrever seus problemas físicos e psicológicos facilita e aumenta a possibilidade de receber indicações de psicotrópicos. Alguns profissionais acreditam que as mulheres sejam mais frágeis, vulneráveis e mais suscetíveis a transtornos afetivos, o que a nosso ver seja uma visão preconceituosa (NOIA et al., 2012). Seis participantes configuraram o uso de psicotrópicos na atenção básica como algo “preocupante”, uma vez que o profissional médico que mais atua na atenção básica é um clínico geral e não um especialista em saúde mental. Comentaram ainda que frequentemente não se conhecem as circunstâncias pelas quais aquele indivíduo se tornou usuário de psicotrópicos.

Os médicos da estratégia de saúde da família assumiram um papel muito importante na saúde mental, apesar da dificuldade na elaboração de um diagnóstico, por isso alguns momentos o uso é preocupante, pois muitas vezes é

decidido em manter a prescrição por não estar preparado para tal, mesmo quando o usuário já faz uso há muito tempo e não se conhece exatamente as circunstâncias pelo qual esteja tomando (JOÃO PESSOA).

Ainda de maneira preocupante. Muitas vezes o profissional médico que atua na atenção básica é um clínico e não um especialista, o psiquiatra, aquele que é responsável por maior aprofundamento na área e conhece todos os medicamentos usuais, posologias, indicações, desmame e afins (TÓQUIO).

Estudo realizado num serviço municipal de saúde em Minas Gerais concluiu que 80,1% das prescrições são realizadas por médicos clínicos gerais, seguidas por cardiologistas 10,9% e neurologistas 4,3. Os médicos psiquiatras foram responsáveis por apenas 0,2% das prescrições (FIRMINO et al., 2012). Isso mostra o quanto a prescrição desse tipo de medicamento é realizada de forma indiscriminada e indevida.

No entanto, acreditava-se que os profissionais médicos especializados na área de saúde mental (psiquiatras e neurologistas), tivessem um perfil de prescrição de medicamento controlado de forma diferenciada, uma vez que devem conhecer mais profundamente as propriedades farmacológicas e os riscos de sua utilização. Porém o médico neurologista e o psiquiatra corresponderam a apenas 2,0% e 2,4% das prescrições, respectivamente (FERRARI et al., 2013).

Em concordância com o estudo, Alonso (2015) em sua pesquisa afirma que, esse pequeno número de prescrições de psiquiatras e neurologistas pode se dar pela falta desses profissionais na rede pública de saúde. Essa escassez torna a abordagem dos transtornos mentais insatisfatória, uma vez que, na impossibilidade de encaminharem os usuários de saúde mental para as especialidades, os clínicos gerais acabam por manter e repetir receitas de remédios controlados.

Ainda sobre a percepção dos profissionais sobre o uso de psicotrópicos na atenção básica, dois deles mencionaram o uso inapropriado; e um deles o considerou como necessário e eficaz.

Geralmente é utilizado por uma necessidade momentânea, proveniente de uma perda de instabilidade emocional ou sono prejudicado. Infelizmente, se mantém o uso de psicotrópico por dependência ou por comodismo do próprio profissional” (VARSÓVIA).

Percebo que o uso desses medicamentos é completamente eficaz no tratamento e juntamente com as psicoterapias com outros profissionais. É extremamente importante” (BRUXELAS).

A probabilidade de desenvolver dependência de psicotrópicos, principalmente na população acometida por fatores de risco é grande. É o caso dos idosos e dos poliusuários de drogas, na tentativa de alívio de estresse ou de alterações do sono. É habitual haver overdose de psicotrópicos também, entre as pessoas que tentam suicídio, frequentemente associados a outras substâncias (WANDERLEY; CAVALCANTE; SANTOS, 2013).

O aumento do consumo e a boa aceitação dos medicamentos, principalmente da classe dos benzodiazepínicos explica-se pela imagem positiva desses medicamentos por usuários crônicos, que evidenciam efeito relaxantes e calmante, sono restaurador, rápida indução ao sono e atribuição de eficácia, segurança e baixo custo (PADILHA; TOLEDO; ROSADA, 2014).

O quarto questionamento diz respeito à indicação de estratégias para promover o desmame de psicotrópicos na atenção básica, constituindo o último eixo temático. Dos 24 entrevistados, 14 indicaram práticas educativas, terapias em grupos e individuais, atividades extramuros e avaliação especializada por meio de uma equipe multiprofissional.

Indicaria fazer grupos de usuários que tomam psicotrópicos, convidá-los para participarem de encontros que trabalhem com essa questão do desmame. Ainda neste processo, seria de fundamental importância a participação da família, já que em muitos casos esta ela é responsável pela administração medicamentosa” (BRÁSILIA).

Indicaria uma assistência psicológica, práticas educativas com a finalidade de promoção e prevenção. Ainda uma avaliação especializada por uma equipe multiprofissional e atividades extramuros (AMSTERDAM).

Embora dois entrevistados relataram que não indicariam nenhuma estratégia para o desmame de psicotrópicos na atenção básica, pois consideram que sem esses medicamentos as pessoas podem ter seu quadro de saúde mental piorando.

“Não indico nenhuma estratégia de desmame, pois acho que não seria favorável o desmame para todas as patologias mentais na atenção básica, pois pode ser que os pacientes sem o uso desses medicamentos podem piorar seu quadro de saúde mental” (BRUXELAS).

É importante ressaltar que as estratégias utilizadas para promover o uso racional de medicamentos estão interligadas ao público-alvo a sensibilizar, sejam os profissionais da saúde, seja a comunidade leiga. Para este fim, a primeira atuação é ajudá-los a discernir os motivos pelos quais as práticas inadequadas vêm acontecendo, para melhor selecionar e direcionar a intervenção (MOURA et al., 2016).

Também é necessário que aja um processo educativo dos consumidores de medicamentos. Que lhes sejam disponibilizadas informações suficientes e atualizadas por parte dos profissionais da saúde, prescritores e dispensadores, tanto sobre os remédios que usam, como sobre seus efeitos adversos. Nesse processo é

importante incluir temas relevantes, tais como os riscos da automedicação, da suspensão e troca da medicação prescrita e necessidade da receita médica, tomando como fundamentos a Política Nacional de Medicamentos. Essa seria uma estratégia significativa para reduzir a prevalência do uso abusivo de psicotrópicos (LOPES; GRIGOLETO, 2011). Outros oito profissionais relataram que indicariam a promoção em saúde através das palestras, como se exemplifica a seguir.

“A promoção em saúde, iniciando com palestras educativas, mostrando os riscos do uso abusivo dos psicotrópicos e conscientizando a população sobre a importância de substituir ou reduzir gradativamente os psicotrópicos e iniciar terapias para auxílio” (OKAZAKI).

Em concordância com Carvalho (2016), entende-se que os profissionais devem ter informações sobre o tema em pauta, por meio de comunicação diária, treinamentos, seminários e distribuição de material escrito. Os preparativos dos eventos e instrumentos de formação continuada podem e devem ser realizados pela equipe multiprofissional.

Reunir com a equipe multiprofissional de saúde, preferencialmente em presença do gestor de municipal de saúde, e apresentar os dados obtidos durante a realização do presente trabalho; Envolver a equipe na definição de metas para redução da medicalização no município; Traçar perfil epidemiológico dos pacientes em uso de medicação psicotrópica; Envolver a equipe multidisciplinar na abordagem e manejo dos pacientes portadores de transtorno mental; Fazer busca ativa dos usuários que não retornam às consultas psiquiátricas ou para buscar medicação de uso contínuo; Promover empoderamento das famílias e colocá-las como núcleo de transformação e melhoria da qualidade

de vida dos pacientes; Implantar projetos para sensibilizar os profissionais de saúde e a comunidade para a importância do uso racional da medicação e outros (CARVALHO, 2016, p. 26).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se identificar a diversidade de vivências relatadas por cada profissional entrevistado. Mas é indiscutível que as prescrições de psicotrópicos encontram-se abusivamente presentes em toda a atenção primária em saúde. Como visto nos relatos, existem muitos profissionais desqualificados na área de saúde mental, deixando uma lacuna gigantesca na qualidade da assistência, principalmente, em se tratando de uma área desvalorizada tanto pelo setor saúde como pela sociedade.

Os achados desse estudo relevam a percepção dos profissionais de saúde mental acerca do desmame de psicotrópicos. Eles percebem que o uso dessas drogas vem aumentando e que o desmame dos medicamentos não acontece como deveria. Essa constatação precisa gerar conhecimentos e ações para a melhoria da saúde pública no que diz respeito à psiquiatria. Existe uma passividade dos serviços de saúde quanto a esse grave assunto. Principalmente, é importantíssimo investir na formação dos profissionais para que identifiquem os problemas enfrentados quanto ao uso e ao desmame de psicotrópicos.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Boletim 2012**. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/281258/2742545/Relat%C3%B3rio+de+atividades+2012>.

pdf/9e496d4d-7d1e-4541-a710-43633093a11d. Acesso em: 10 out. 2016.

ALONSO, T.C.F. Avaliação do uso de medicamentos psicotrópicos pelos pacientes de uma Unidade Básica de Saúde de um município de pequeno porte do Estado de São Paulo. 2015. 58 f. **Dissertação (mestrado)**–Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2015. Disponível em: <http://repositorio.unesp.br/handle/11449/138469>. Acesso em 13 nov. 2016.

ARAÚJO, L.L.C.; OLIVEIRA, E.N.; ARAÚJO, G.G.; GOMES, F.R.A.F.; GOMES, B.V.; RODRIGUES, A.B. Distribuição de antidepressivos e benzodiazepínicos na Estratégia de Saúde da Família de Sobral-CE. **Sanare (Sobral, Online)**, v.1, n.11, p.45-54, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução CNS Nº466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf> > Acesso em 15 de dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Importância dos Medicamentos Essenciais em Prescrição e Gestão Racionais. **Uso Racional de Medicamentos**: temas selecionados. Brasília, 2012 b. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/uso_racional_medicamentos_temas_selecionados.pdf. Acesso em: 12 jan. 2017.

CAMARGO, C.R.; OLIVEIRA, T.M. **Revisão bibliográfica: risco do uso inadequado e indevido dos psicotrópicos no Brasil**. 2014. Monografia (Graduação). Pindamonhangaba:

Faculdade de Pindamonhangaba, 2014. Disponível em: <http://177.107.89.34:8080/jspui/bitstream/123456789/191/1/CamargoOliveira.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2017.

CARRILHO, C.A. et al. O uso inadequado de substâncias psicotrópicas entre mulheres: um estudo a partir da singularidade feminina. **REME rev. min. enferm**, v. 19, n. 3, p. 664-672, 2015. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v19n3/v19n3a11.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2016.

CARVALHO, E.F. et al. **Perfil de dispensação e estratégias para uso racional de psicotrópicos**. Monografia (Especialização). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/167287>. Acesso em: 12 jan. 2017.

FILIZOLA, C.L.A.; PAVARINI, S.C.I.; PETRILLI FILHO, J.F. **Psicofármacos**. 2. ed. São Carlos: 2011.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

FERRARI, C.K.B. et al. Falhas na prescrição e dispensação de medicamentos Psicotrópicos: Um problema de Saúde Pública. **Rev. Ciênc. Farm. Bras. Ampli.**, v. 34, n. 1, p. 109-116, 2013.

FIRMINO, K.F. et al. Utilização de Benzodiazepínicos no Serviço Municipal de Saúde de Coronel Fabriciano, Minas Gerais. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 1, n. 14, p. 157- 166, 2012.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**. Rio de Janeiro: Record, 1997.

GUIMARÃES, A.C.O. **Uso e abuso dos benzodiazepínicos:** revisão bibliográfica para os profissionais de saúde da atenção básica. Monografia (especialização). Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2013. Disponível em: <http://177.107.89.34:8080/jspui/bitstream/123456789/254/1/SantosAlmeidaEstacio.pdf> Acesso em: 10 out. 2016.

GUERRA, C.C.M.; FERREIRA, F.; DIAS, M.; CORDEIRO, A. Perfil epidemiológico e prevalência do uso de psicofármacos em uma unidade referência para saúde mental. **Rev Enferm UFPE Online**, v.7, n.6, p.444-51, 2013.

LIMA, F. G.; SICILIANE, C. C.; DREHMER, L. B. R. O perfil atual da saúde mental na atenção primária brasileira. **Com. Ciênc. Saúde**, v. 24, n. 2, p. 143- 148, 2012.

LOPES, L.M.B.; GRIGOLETO, A.R.L. Uso consciente de psicotrópicos: responsabilidade dos profissionais da saúde. **Brazilian Journal of Health**, v. 2, n. 1, 2013. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/bjh/index.php/bjh/article/viewFile/70/81>. Acesso em: 13 nov. 2016.

MATTA, S.R.; MIRANDA, E.S.; CASTRO, C.G.S.O. Prescrição e dispensação de medicamentos psicoativos nos instrumentos normativos da regulação sanitária brasileira: implicações para o uso racional de medicamentos; **Revista Brasileira de Farmácia**, v.1, n.92, p.33-41, 2011.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <[http://co26204.cdn.sapo.io/1/co26204/cld-file/1426522730/6d-](http://co26204.cdn.sapo.io/1/co26204/cld-file/1426522730/6d-77c9965e17b15/b37dfc58aad8cd477904b9bb2ba8a75b/obaudoe-ducador/2015/DSM%20V.pdf)

[77c9965e17b15/b37dfc58aad8cd477904b9bb2ba8a75b/obaudoe-ducador/2015/DSM%20V.pdf](http://co26204.cdn.sapo.io/1/co26204/cld-file/1426522730/6d-77c9965e17b15/b37dfc58aad8cd477904b9bb2ba8a75b/obaudoe-ducador/2015/DSM%20V.pdf)>. Acesso em :13 nov. 2016.

MOURA, D.C.N. et al. Uso abusivo de psicotrópicos pela demanda da estratégia saúde da família: revisão integrativa da literatura. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 15, n. 2, 2016.

NOIA, A.S.; SECOLI, S.R.; DUARTE, Y.A.O.; LEBRÃO, M.L.; LIEBER, N.S.R. Fatores associados ao uso de psicotrópicos por idosos residentes no município de São Paulo. **Rev Esc Enferm USP**, v.1, n.46, p.38-43, 2012.

PADILHA, P.D.M.; TOLEDO, C.E.M.; ROSADA, C.T.M. Análise da dispensação de medicamentos psicotrópicos pela rede pública municipal de saúde de Campo Mourão/PR. **Revista UNINGÁ**, v.2, n.20, p.6-14, 2014.

ROCHA, B.S.; WERLANG, M.C. Psicofármacos na Estratégia Saúde da Família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.11, n.18, p.3291-3300, 2013.

SILVA, P. **Farmacologia**. 8.ed. Rio de Janeiro. Ed. Koogan. 2012.

SILVA, T.O.; IGUTI, A.M. Medicamentos psicotrópicos dispensados em unidade básica de saúde em grande município do estado de São Paulo. **Gestão e Saúde**, v. 1, n. 1, p. 2004-2015, 2013.

SMITH, D.E. Editor's note: The process addictions and the new ASAM definition of addiction. **Journal of psychoactive drugs**, v. 44, n. 1, p. 1-4, 2012.

CAPÍTULO VIII

SOUZA, A. R. L.; OPALEYE, E. S.; NOTO, A. R. Contextos e padrões de uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres. Departamento de Psicologia, Universidade de São Paulo. **Ciênc. Saúde Colet.** V. 18, n. 4, p. 1131- 1140, 2013.

TRIVINOS, A. W. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais.** São Paulo: Atlas, 2006.

WANDERLEY, T.C.; CAVALCANTI, A.L.; SANTOS, S. Práticas de saúde na atenção primária e uso de psicotrópicos: uma revisão sistemática da literatura. **Rev Ciênc Méd Biol.**, v.1, v.12, p. 121-126, 2013.

INTERVENÇÕES E AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

*Débora Oliveira dos Santos
Ednaldo Sátiro de Alencar Dantas
Letícia Miná de Britto Cavalcanti
Milena Nunes Alves de Sousa*

CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido planejada desde o início do século XX, pensada inicialmente a partir do relatório Dawson de 1922, em que se concretizou na figura do médico, inserido em uma rede intersetorial de serviços em harmonia, essencialmente hierarquizada a partir dos centros primários, com autoridade sanitária regional. Tal desenho teórico serviu de alicerce para a consolidação do Serviço Nacional de Saúde inglês, importante referência de sistema público e universal de saúde (MELO et al., 2018).

No Brasil, com a ascensão dos Centros de Saúde Escola em 1920, houve várias tentativas em promover a organização de um

modelo nacional de APS, perdurando até os dias de hoje com o advento dos mais modernos programas de Atenção Básica. Mais do que isso, vários modelos e formas de se estabelecer uma APS foram configuradas em diferentes regiões do país, em função de interesses e concepções bastante distintas entre si. Esses centros de saúde, inicialmente propostos em São Paulo, propunham ação estratégica integralizada com ênfase em educação sanitária e promoção da saúde (LAVRAS, 2011).

Já no início da década de 1980, em meio à redemocratização nacional foram propostas as Ações Integradas de Saúde (AIS), seguidas pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), até que em 1988, foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS) com a nova Constituição Federal, aplicado mediante Lei 8.080/1990. Nesse cenário, observaram-se constantes iniciativas nas formas de implantar uma APS em vários estados e municípios, sem, no entanto, se configurar um modelo nacional. Somente com a municipalização do SUS no início da década de 1990 é que começou a haver uma estruturação uniforme da Atenção Básica, sob responsabilidade dos municípios brasileiros, incentivados pelo Ministério da Saúde por meio de normatizações e financiamento (RIBEIRO, 2007).

Com a implementação e extensa avaliação positiva do Programa de Agentes Comunitários de Saúde em 1994, o Ministério da Saúde propôs a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) que passou a ser interpretado como uma nova estratégia de reformulação do modelo assistencial (BRASIL, 1998).

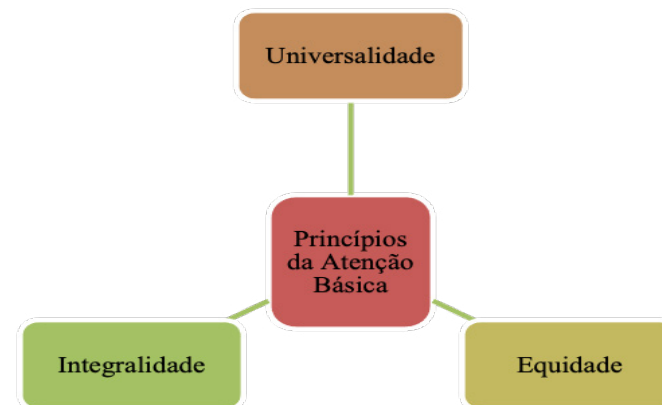
PROGRAMA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

Com o desenvolvimento e consolidação do SUS, consonante aos movimentos sociais e dos trabalhadores e gestores das três

esferas governamentais criou-se o Programa Nacional de Atenção Básica (PNAB) a partir da Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. A Atenção Básica tornou-se assim a principal porta de entrada e preferencial dos usuários dos serviços de saúde, além de ser centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS), pois é estruturada com o mais alto grau de descentralização. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (MELO, 2017).

A Atenção Básica ou APS, como internacionalmente conhecida, é fundamentada em três princípios básicos, a universalidade, a integralidade e a equidade, ambos garantem o acesso à saúde a população em geral, inclusive àqueles que demandam cuidados em saúde mental. O PNAB surgiu como regulador de toda atenção básica como também suas ramificações através da Rede de Atenção à Saúde, criando uma parceria interprofissional e melhorando a qualidade do acesso à saúde (BRASIL, 2012b).

FIGURA 1: PRINCÍPIOS BÁSICOS DA ATENÇÃO BÁSICA



Fonte: Aurtoria Própria, 2020.

O princípio da Universalidade garante que a saúde seja direito de todos e dever do Estado, afiança o direito à vida e à igualdade de acesso sem distinção de raça, sexo, religião ou qualquer outra forma de discriminação do cidadão brasileiro. Já a equidade tende a combater as iniquidades em saúde, nivelando o grau de atenção necessário a cada caso em particular, sem influências de aspectos socioeconômicos. A integralidade refere-se à promoção da assistência, compreendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde (PAIM; SILVA, 2010).

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

O desenvolvimento da política de saúde mental no Brasil foi estreitamente associado à criação do SUS, à desconcentração da gestão da saúde no país, à mobilização de profissionais e a mudanças sociais e culturais da sociedade brasileira. Acerca desses movimentos, destaca-se o movimento antimanicomial ou luta antimanicomial que foi um processo organizado de transformação dos serviços psiquiátricos, derivado de uma série de eventos políticos globais que ocorreram no ano de 1987 no Brasil (ALMEIDA, 2019).

A Política Nacional da Saúde Mental foi redigida e publicada em sua primeira edição em 6 de junho de 2001 mediante Lei de número 10.216, dispondo sobre a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, assegurando-as sem qualquer forma de discriminação, bem como os direitos e garantias que contemplam o amplo acesso à saúde por parte desses usuários (BRASIL, 2001).

Na década de 2000, a partir de investimentos da parte reguladora e da comissão intergestora tripartite, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi fortemente ampliada, integrando, a partir do

Decreto Presidencial nº 7508/2011, o conjunto das redes indispensáveis para gestão da saúde. Surgiram, então, novas ferramentas estruturais para o cuidado aos pacientes que demandam atenção em saúde mental, sendo eles: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Residenciais Terapêuticos (RT); os Centros de Convivência (CECOS); as Enfermarias de Saúde Mental em hospitais gerais; as oficinas de geração de renda, entre outros. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) ainda permanecem como importante integrante na composição dessa rede comunitária de assistência em saúde mental, visto que se configuram como porta de entrada de toda a rede de assistência à saúde (BRASIL, 2013).

ATENÇÃO E CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

A demanda de cuidado em saúde mental é decorrente de uma intrínseca relação entre os serviços de saúde, seus profissionais, o paciente e sua família, considerando as particularidades de cada contexto cultural, social e econômico. Nas últimas décadas, como visto anteriormente, o sistema de saúde vem passando por constantes transformações em sua estrutura de acesso à saúde, hospitais psiquiátricos e manicômios deixaram de constituir a base do sistema assistencial em saúde mental, cedendo terreno a uma rede de serviços extra-hospitalares de crescente complexidade, visando à desconstrução do modelo manicomial vigente na época (CARDOSO; GALERA, 2011).

Ademais, a Política Nacional de Saúde Mental que potencializou a melhoria na estrutura de apoio e cuidado à saúde mental, trouxe consigo a implantação da reabilitação psicossocial, que consiste na utilização de múltiplas técnicas que visam a potencializar as habilidades desta população, melhorar a interação do doente mental a sua rede social, garantir seus direitos como ci-

dadão e sua adequação também aos deveres que esta condição exige, de maneira a confluir para uma melhor gestão do cuidado em saúde mental (GUERRA, 2004).

Nesse sentido, o presente Protocolo de Saúde Mental na Atenção Básica tem como objetivo fornecer um guia para o conhecimento e utilização das ferramentas disponíveis pela atenção básica e suas redes de assistência multidisciplinar no manejo e conduta dos pacientes que necessitam desses cuidados, promovendo um adequado acolhimento ao paciente que demanda cuidados essenciais à saúde mental e melhorando a garantia do acesso a saúde.

ATENÇÃO PRIMÁRIA: PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

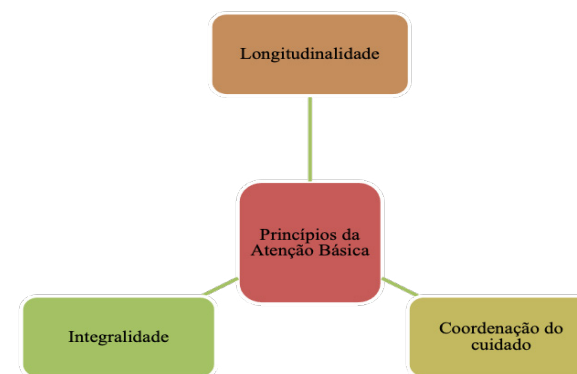
No Brasil, a atual Política Nacional de Saúde Mental é conquista de movimentos antimanicomiais que culminaram na reforma psiquiátrica, que trouxe mudanças no tratamento dos pacientes. Houve a substituição do modelo de hospitais psiquiátricos com internação de longa permanência, para o modelo de inclusão social, reinserção de pacientes e assistência contínua e integral, movimento coordenado pela rede de assistência à saúde, articulada pela atenção primária priorizando os direitos do paciente como cidadão e ser humano, em pleno exercício da sua cidadania (BRASIL, 2013).

A APS, como dito anteriormente, corresponde à “porta de entrada” dos usuários ao sistema de saúde, representa o primeiro nível de atenção em saúde, caracterizando-se, portanto, por ser o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades ao sistema de saúde pública. Propõe-se a realizar ações de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, cuidados paliativos e reabilitação, além de identificar e direcionar casos graves para níveis superiores de complexidade, coordenando a assistência dentro do sistema. Portanto, vai além de tratar

doenças ou condições clínicas específicas, oferece aos indivíduos assistência, cuidado integral e contínuo ao longo de toda vida, a partir dos atributos essenciais: acesso ao primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação (BRASIL, 2012b).

A atenção primária é organizada a partir dos atributos essenciais do sistema de saúde. Quanto ao acesso, a APS o valida na medida em que é o primeiro contato dos usuários ao sistema e por ser vista como um filtro, em que de acordo com as necessidades individuais, o usuário é referenciado dentro da rede assistencial. Por longitudinalidade, compreende-se o cuidado ao usuário ao longo do tempo pela equipe, independente da existência de um problema de saúde ou não, enfatizando o vínculo entre ele e os profissionais de saúde. A integralidade, como dito anteriormente, busca garantir as ações conforme os níveis de atenção e em comum acordo com as necessidades de saúde demandadas pela população. A coordenação do cuidado oferta ao usuário ações e serviços em todos os níveis de cuidado, dessa forma atende os que precisam de cuidado mais complexos, com integração entre os níveis assistenciais a partir do compartilhamento de informações em diversos pontos e com sincronização entre eles (BRASIL, 2010).

FIGURA 2: ATRIBUTOS ESSENCIAIS DA ATENÇÃO BÁSICA



Fonte: Autoria Própria, 2020.

A promoção em saúde consiste em ações multidisciplinares que não se restringem a doenças específicas, mas sobre os fatores sociais que afetam o bem-estar e a saúde, aumentando a qualidade de vida dos indivíduos ligados à rede de atenção à saúde. Deste modo, promover saúde associa-se a gerar condições favoráveis que impactem positivamente (BRASIL, 2010).

A promoção da saúde mental na APS mediada pela Estratégia de Saúde de Família (ESF), com atenção multiprofissional e interdisciplinar, busca efetivar ações descentralizadas voltadas para o bem-estar mental, com reconhecimento de riscos e demandas locais, apoio e assistência ao usuário e aos familiares. Bem como, coordenar o cuidado de acordo com a necessidade de atenção, a fim de construir vínculos e garantir acolhimento e cuidado integral a pacientes que apresente alguma manifestação particular de sofrimento psíquico (BARONI; FONTANA, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde, a organização da assistência e cuidado em saúde mental se dá dentro de uma rede estratégica de cuidados. Ela é constituída da porta de entrada, a UBS, referenciada aos CAPS, e faz parte da rede estratégica de serviços, as RT, os centros de convivência, os clubes de lazer, dentre outros (BRASIL, 2003; 2013).

Destarte, a assistência à saúde mental na atenção básica é estratégica por oferecer facilidade de acesso aos usuários e familiares, pela proximidade com as demandas e queixas de cada família da comunidade local de abrangência da unidade básica e por incluir um plano de intervenção condizente com as necessidades dos usuários. As ações propostas à APS com o objetivo de inclusão da saúde mental nesse nível abrangem o atendimento das pessoas com problemas de uso prejudicial de álcool, drogas ilícitas e outras drogas; com transtorno mental grave (severo) e persistente; com transtornos mentais egressos de internação psiquiátrica; e também, com transtornos convulsivos (epilepsia). Inclui ainda a

prevenção ao uso inadequado de benzodiazepínicos e dos casos de tentativas de suicídio (BRASIL, 2003).

Na prática, o trabalho das equipes de profissionais de saúde para a identificação e reconhecimento de manifestações de sofrimento psíquico se dá por meio de ações terapêuticas definidas em planos de intervenção e acompanhamento próximo à vida dos usuários, ampliando o cuidado, as orientações e a comunicação desses com toda a RAS.

O papel da atenção primária em saúde mental não se restringe ao contato com o portador de transtorno psíquico e a seu encaminhamento (BRASIL, 2013). Assim sendo, o profissional da saúde nesse nível deve estar preparado para atuar como interlocutor, ter empatia, saber se posicionar e passar confiança construindo um vínculo com o paciente que compartilha sua história, experiências, anseios, medos e sofrimentos buscando um suporte emocional (BRASIL, 2013).

INTERVENÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE MENTAL

As ações de saúde mental na atenção primária são formuladas com bases nos princípios dos SUS: contato próximo aos usuários e familiares, sendo o vínculo e o acolhimento conceitos importantes para viabilizar a assistência e cuidado nesse primeiro nível de atenção. Isso significa reconhecer e identificar possíveis doentes mentais na área de abrangência para manejo de suas demandas, oferecendo-lhes o suporte necessário, ou seja, atendimento e cuidado a eles e a suas famílias, para que não haja necessidade de internação de longo prazo. Significa também preservar a inserção social e as relações tanto com a família como com a comunidade no local de vida dos pacientes (BRASIL, 2013).

As visitas domiciliares possibilitam as equipes de Saúde da Família conhecerem a realidade social e identificarem as vulnerabilidades da saúde dos indivíduos, da família e da comunidade e, assim, acompanharem também o cuidado ofertado aos pacientes portadores de transtornos psíquico no seu contexto. O apoio familiar é extremamente necessário para o cuidado do paciente em sofrimento psíquico (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011).

As estratégias de assistência à saúde mental na APS se dão, também, pela realização de ações educativas, por meio de pequenos grupos terapêuticos, operativos e de convivência buscando-se garantir a qualidade da assistência e conseguir os objetivos desejados que são o bem-estar e a qualidade de vida dos pacientes (CHIAVERINI, 2011; BRASIL 2013).

Assim, as atividades dos profissionais da Atenção Básica em conjunto com os profissionais especializados em saúde mental, promovem um suporte reflexivo, terapêutico e de orientação de grande valia para os pacientes (FERREIRA; LAZARTE; BARRETO, 2015). Elas propiciam adesão ao tratamento, consciência dos problemas, percepção da importância da assistência para melhorar a vida, compreender os direitos e amplificar as relações equipe-paciente (BRASIL, 2006; 2012a; CHIAVERINI, 2011; GUIMARÃES; SOARES; SANTOS, 2019).

Reforça-se, como dito em tópico anterior, que o desenvolvimento de intervenções no cotidiano da atenção básica pede dos profissionais de saúde um olhar multidimensional para o paciente, para que o usuário sinta confiança na comunicação e no acolhimento. Assim como empatia, suporte emocional e atenção ao que o paciente tem a dizer, reconhecendo sua queixa como legítima (BRASIL, 2013).

A atenção básica apresenta como dispositivos para abordagem da saúde mental além de trabalhos em grupos terapêuticos,

operativos, convivência e artesanatos para geração de renda, abordagem familiar e redes de apoio social ou pessoal para o manejo das demandas do indivíduo em sofrimento mental. As intervenções nesse nível são longitudinais e adequadas às necessidades dos pacientes. Portanto, não há regras rígidas que guiem as atividades dos profissionais e, sim, um olhar empático e integral ao usuário (BRASIL, 2013).

TERAPIAS ALTERNATIVAS COMO FORMA DE PROMOVER A SAÚDE MENTAL NA APS

Ações direcionadas à promoção da saúde mental devem ser instituídas na APS, com o intuito de minimizar o estresse e promover a saúde global das pessoas. Neste contexto várias medidas podem ser adotadas. Assim, dentre as terapias alternativas, há as práticas integrativas e complementares (PICs) que não substituem o tratamento tradicional, mas são agregadas a ele (BRASIL, 2006; 2012a).

Apesar de alguns alertarem para a falta de rigor em pesquisas que evidenciam sua eficácia, as terapias integrativas e complementares são recomendadas tanto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como pelo Ministério da Saúde. No documento “Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005” está dito que o uso dessas terapias é recomendado de forma racional, segura, eficaz e com qualidade. O Ministério da Saúde do Brasil aprovou em maio de 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, legitimando, desta forma, a oferta dessas práticas oferecidas por profissionais nas Unidades Básicas de Saúde, beneficiando uma parcela considerável da população (BRASIL, 2006).

As intervenções em saúde mental devem valorizar as diferentes esferas de necessidade de atenção dos seres humanos, orientadas a promover novas possibilidades de transformar as condições e estilos de vida, não se restringindo à ideia de cura da doença. Existe uma compreensão de que as terapias alternativas tratam os indivíduos na origem de seus problemas e não somente seus sintomas, na medida em que valorizam, respeitam e reconhecem a subjetividade interior, as emoções e os pensamentos que podem afetar a saúde do corpo. Elas transmitem o entendimento de que o ser humano é um todo interligado (SCHEFFER, 2011).

As ações das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) compreendem um conjunto de práticas de atenção à saúde não alopáticas como acupuntura, homeopatia, fitoterapia, meditação, dentre outras. Essas práticas, quando adotadas na Atenção Básica vêm ampliando as possibilidades terapêuticas, contribuindo para a promoção da saúde das pessoas, especialmente do autocuidado (BRASIL, 2012a).

De modo particular, a Acupuntura é uma prática da medicina tradicional chinesa, por meio da qual, finas agulhas são inseridas no corpo do paciente, buscando valorizar a inter-relação harmônica entre suas partes e utilizando uma linguagem que retrata simbolicamente as leis da natureza (RODRIGUES et al., 2011).

A Homeopatia é uma forma de terapia alternativa para quase todos os tipos de doenças físicas e psicológicas, sendo considerada um sistema médico complexo, desenvolvido por Samuel Hahnemann, médico alemão, no Século XVIII. Essa ciência engloba mais de dois mil tipos de remédios que podem ser extraídos de fonte vegetal, mineral ou animal. O método de tratamento utiliza as mesmas substâncias que causam os sintomas das doenças para tratá-las. Para isso, essas substâncias são bem diluídas em água, até que fiquem em quantidade suficiente para aliviar os

sinais ou sintomas, em vez de intensificá-los (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

A Fitoterapia, para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2011) é a utilização de plantas medicinais na promoção de saúde. Sabe-se que as plantas medicinais sempre tiveram grande importância na cultura, na medicina e na alimentação das sociedades no mundo. Muitas populações, por meio de seus curadores e do seu uso autônomo, acumularam experiências e vasto conhecimento a seu respeito. Pode-se considerar medicamento fitoterápico toda preparação farmacêutica (extratos, pomadas e cápsulas) que utiliza, como matéria-prima, partes de plantas (folhas, caules, raízes, flores e sementes) que tenham efeitos farmacológicos reconhecidos. A Fitoterapia se configura como uma forma eficaz de atendimento primário a saúde, podendo complementar outros tratamentos (ANVISA, 2011).

A Meditação é uma prática de autorregulação do corpo e da mente que tem sido “caracterizada como o treino da atenção plena à consciência do momento presente, tem sido associada a um maior bem-estar mental, emocional e físico” (MENEZES; DELL’AGLIO, 2009b, p. 565). Os autores afirmam que com o uso dessa estratégia o indivíduo alcança benefícios cognitivos e emocionais. E que, meditar pode ser um hábito salutar para o desenvolvimento psicológico, auxiliando positivamente nas reações psicossomáticas, na redução de estresse, ansiedade, insônia e na melhoria no foco e na produtividade laboral e nos estudos (BRASIL, 2006; MENEZES; DELL’AGLIO, 2009a; SANTOS et al., 2012).

Estudo sobre a contribuição da meditação para a saúde mental dos usuários de serviços públicos de São Paulo (SANTOS et al., 2012) evidenciou que os praticantes apresentaram melhoras na ansiedade (82%), na tristeza/depressão (81%), na angústia (79%), na preocupação excessiva (75%) no desânimo (75%) e na apatia (67%).

DESAFIOS E ENTRAVES ENCONTRADOS PELOS PROFISSIONAIS NA APS PARA CUIDAR DA SAÚDE MENTAL

A maioria das pessoas entende o ser humano a partir de uma separação total entre a mente e o corpo. Porém, sabe-se que a saúde mental não está dissociada da saúde geral. Portanto, o profissional de saúde da Atenção Básica precisa ser orientado a perceber que as demandas de saúde mental estão presentes em diversas queixas relatadas pelos pacientes que os consultam.

Dai, o desafio de superar as limitações da visão dualista do ser humano, em busca de uma compreensão integral (BRASIL, 2013), pois, grande parte dos profissionais de saúde foca seu trabalho na doença (BARONI; FONTANA, 2009). Em geral, seu empenho é eliminar os sintomas que os usuários relatam. No caso do sofrimento mental, essa expectativa não é alcançada, na maioria das vezes. Um dos medos dos profissionais sobre o manejo das demandas de saúde mental é exatamente a frustração da expectativa de cura. Muitos relatam o temor de causar desconforto, impotência e autodepreciação como motivo de culpa para eles (BRASIL, 2013).

A promoção da saúde e a prevenção de doenças na Atenção Básica devem ocorrer na proximidade entre a equipe e os usuários dos serviços, num ritmo processual. E nesse processo se inclui a rede comunitária de assistência em saúde mental (BRASIL, 2003).

O profissional de saúde deve considerar sempre o ser humano como um ser holístico e, dessa forma, identificar o que está provocando adoecimento ou o que pode vir a causar adoecimento. Deve ainda, estar preparado para conseguir visualizar as emoções que o encontro com um usuário lhe suscita, priorizando a autonomia e os valores pessoais dele (UNUTZER et al., 2006).

Elaborar estratégias de intervenção que levem em conta o indivíduo como um todo deve ser o objetivo do profissional que busca reduzir o sofrimento e promover a retomada da vida. Nesse

contexto, o Projeto Terapêutico Singular deve ser elaborado junto com o usuário, de forma compartilhada, promovendo intervenções com intencionalidade de oferecer um cuidado integral à pessoa (ANTONACCI; PINHO, 2011).

O modelo centrado no hospital, na figura do médico e na produção da cura não atende mais à emergência do mundo moderno e, conseqüentemente, às necessidades de saúde das pessoas em sua maioria. A não ser em casos de complexidade que a Atenção Primária não seja capaz de oferecer. A nova ótica objetiva tratar a pessoa com seu sofrimento no contexto da comunidade, através de intervenções intersetoriais e não apenas olhando a doença (BARONI; FONTANA, 2009). Inclusive, o cuidado em saúde mental conforme destaca a Reforma Psiquiátrica que prevê a desinstitucionalização e a consolidação de bases territoriais para o tratamento (JORGE; SOUSA; FRANCO, 2013).

Dessa forma, constitui um desafio a integração dos cuidados em saúde mental à APS, o que representa um processo em curso, na contramão da lógica de segregação da loucura que perdurou por séculos (CHIAVERINI, 2011).

ALARME DE ALERTA EM SAÚDE MENTAL APÓS O PERÍODO DA PANDEMIA VERSUS ATUAÇÃO DA APS

No Brasil e no mundo, todos estão sendo afetados pelo vírus SARS-CoV-2 causador da COVID19. Nesse contexto, são muitas as repercussões negativas nos aspectos físicos, emocionais, mentais e espirituais. A saúde mental acaba sendo uma das esferas mais afetadas, seja individualmente, seja pelas perdas de entes queridos, pela reclusão, ou até pelo ambiente de tristeza e dor vivido coletivamente. Daí a necessidade das ações de saúde de focarem no cuidado do ser humano como um todo (CASSELL, 2004).

É necessário que os profissionais de saúde prestem assistência de modo que suas intervenções sejam capazes de considerar a subjetividade, a singularidade e a visão de mundo do usuário no processo de cuidado integral à saúde e dessa forma, incorporem ou aprimorem suas competências. No campo da saúde mental é indispensável que se identifiquem e se abordem os fatores de proteção e de risco, com planos de intervenção e acompanhamento dos casos (MATTOS, 2006).

Pela facilidade de acesso, é preciso compreender que o cuidado em saúde mental na Atenção Básica é estratégico e precisa ser oferecido, ainda que a realização de práticas eficazes ainda levante inúmeras dificuldades e desafios (BRASIL, 2006). Em resumo, o cuidado deve ser focado no sofrimento das pessoas, valorizando suas aflições, dúvidas e angústias, que estão sempre vinculadas aos fatores de sua vida real (CONILL, 2008).

CONCLUSÃO

Diante das fortes transformações no cenário da assistência à saúde mental, o incremento de novas estratégias e possibilidades de acompanhamento dos pacientes possibilita uma ampla gama de opções e tratamentos, criando indiretamente dúvidas sobre como manejar os cuidados.

A promoção de saúde realizada pelas equipes multiprofissionais e intersetoriais aliada às estratégias de garantia de acesso ao cuidado da APS e aos demais níveis de complexidade, efetivam a legitimidade dos princípios e bases do SUS. Chegar a cumprir essas orientações que configuram o coração do SUS é trabalhar garantir uma ampla rede de assistência à saúde física e mental, em prol da qualidade de vida da população brasileira.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Farmacopeia Brasileira**. Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira. Brasília: ANVISA, 2011.

ALMEIDA, J. M. C. Mental health policy in Brazil: what's at stake in the changes currently under way. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n.11, p.1-5, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csp/v35n11/en_1678-4464-csp-35-11-e00129519.pdf. Acesso em: 09 jul. 2020.

ANTONACCI, M. H.. PINHO, L. B. Saúde mental na atenção básica: uma abordagem convergente assistencial. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 1, p. 136-142, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000100018>. . Acesso em: 11 jul. 2020.

BARONI, D. P. M.; FONTANA, L. M. Ações em saúde mental na atenção primária no município de Florianópolis, Santa Catarina. **Mental**, Barbacena, v. 7, n. 12, p. 15-37, 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167944272009000100002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 09 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à**

saúde: primary care assessment tool pcatool–Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Decreto-lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001.** Brasília-DF: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Casa Civil, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde mental e atenção básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas integrativas e complementares:** plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. Mental health care today. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 687-691, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reusp/v45n3/en_v45n3a20.pdf. Acesso em: 09 jul. 2020.

CASSELL, E. J. *The Nature of Suffering and the goals of medicine.* 2. ed. Oxford University Press, 2004.

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

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. 7-16, 2008.

CORREIA, V. R.; BARROS, S.; COLVERO, L. A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1501-1506, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342011000600032&lng=en&nrm=iso. Acesso em 10 jul. 2020.

FERREIRA, M. O.; LAZARTE, R.; BARRETO, A. P. Impacto e tendências do uso da Terapia Comunitária Integrativa na produção de cuidados em saúde mental. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 172-174, 2015.

GUERRA, A. M. C. Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e

seus possíveis paradigmas. **Rev. Latinoam. Psicopat.**, v. 7. n. 2, p. 83-96, 2004.

GUIMARÃES, F. J.; SOARES, A. S.; SANTOS, M. S. A terapia comunitária integrativa como prática de cuidar na Atenção Primária à Saúde. **Revista de Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 218-230, 2019.

JORGE, M. S. B.; SOUSA, F. S. P.; FRANCO, T. B. Apoio matricial: dispositivo para resolução de casos clínicos de saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 5, p. 738-744, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S003471672013000500015>. Acesso em 10 jul. 2020.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006.

MELO, E. A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde debate**, v. 42, n. 1, p. 38-51, 2018.

MELO, T. B. **Protocolo de atendimento ao paciente de saúde mental hipertenso na estratégia de saúde da família São Geraldo na cidade de Sete Lagoas/MG**. 2017. 40 fls. Trabalho de Conclusão de Curso (Universidade Federal do Triângulo Mineiro), Minas Gerais, 2017.

MENEZES, C. B.; DELL'AGLIO, D. D. Os efeitos da meditação à luz da investigação científica em Psicologia: revisão de literatura. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 29, n. 2 p. 276-289, 2009a. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pcp/v29n2/v29n2a06.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2020.

MENEZES, C. B.; DELL'AGLIO, D. D. Por que meditar? A experiência subjetiva da prática de meditação. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 3, p. 565-573, jul./set. 2009b. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pe/v14n3/v14n3a18.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2020.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG E. (Org.). **Leituras de Novas Tecnologias e Saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009.

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

RIBEIRO, F. A. **Atenção Primária (APS) e Sistema de Saúde no Brasil: uma perspectiva histórica**. Tese (Universidade de São Paulo: Faculdade de Medicina), São Paulo, p.308, 2007.

RODRIGUES, A. G et al. Práticas Integrativas e Complementares no SUS: ampliação do acesso a práticas de saúde e resoluibilidade do Sistema. In: BARRETO, A. F. (Org.). **Integralidade e Saúde: epistemologia, política e práticas de cuidado**. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2011.

CAPÍTULO IX

PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL

Emídio José de Souza

Rebeca Dias Rodrigues Araújo

Wellington Felipe Jerônimo Leite

Milena Nunes Alves de Sousa

SANTOS, T. M. et al. Contribuição da meditação para a saúde mental dos usuários de serviços públicos de São Paulo. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 7, n. 1, p. 38. Disponível em: <https://www.rbmfcc.org.br/rbmfcc/article/view/573/433>. Acesso em: 11 jul. 2020.

SCHEFFER, M. **Terapia floral do Dr. Bach**: teoria e prática. 13. ed. São Paulo: Pensamento, 2011.

UNUTZER, J. et al. Transforming mental health care at interface with general medicine: report for the President's commission. **Psychiatr Serv.**, v. 57, n. 1, p. 37-47, 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.57.1.37>. Acesso em: 11 jul. 2020.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a reinserção social do Portador de Transtorno Mental (PTM) é um movimento que apresenta papel de destaque na luta por um tratamento mais humanizado e abrangente, além de tentar criar uma sociedade sem manicômios. Esse projeto iniciou-se em meados da década de 1980, com a reforma psiquiátrica, e teve como marco a instituição do dia 18 de maio como o dia nacional da luta antimanicomial (CARRARA et al., 2015).

A partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, o modelo de assistência passou a ser focado na individualização

do processo saúde-doença e no cuidado integral. Com isso, a Saúde Mental (SM) entrou como componente desse sistema e, assim, ocorreu à criação de um modelo de atenção psicossocial para os pacientes dessa área de abrangência (BRASIL, 2005).

Após a formação do SUS, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi ampliada e, a partir do Decreto nº 7508/2001, passou a ser indispensável na constituição das regiões de saúde. Ela é composta por equipes de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; atenção básica em saúde; atenção psicossocial especializada; modalidades de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); atenção de urgência e emergência; estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2013).

Diante da busca por atendimento integralizado e individualizado, a Atenção Primária à Saúde (APS) necessita de profissionais com conhecimento e experiência que se estendam para além da técnica e siga em direção a um trabalho em conjunto e multidisciplinar. Deste modo, a APS tem sido considerada como essencial para que a população tenha garantia na universalidade do acesso e integralidade da atenção (GALAVOTE et al., 2016).

A APS é organizada prioritariamente pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), e a concepção de trabalho interdisciplinar e em equipe, como um dos seus principais fundamentos. Nesse contexto, as equipes da ESF são apoiadas pelos chamados Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e ambas visam ao desenvolvimento da interdisciplinaridade e da integralidade (ARAÚJO, GALIMBERTTI, 2013).

Conforme consta da política do SUS, dentro das ESF, a equipe, principalmente o enfermeiro, tem o dever e a responsabilidade de cuidar do paciente com problema de saúde mental, mesmo que não tenha uma especialidade voltada para essa área, pois esse é considerado um profissional generalista e que deve garantir a in-

tegralidade do cuidado aos seus pacientes, de acordo com os princípios da atenção básica. Por conseguinte, é necessário que esses profissionais realizem ações de promoção, prevenção e reabilitação dos portadores de transtornos mentais, considerando, nesse cenário, não só a saúde física, como também o cuidado biopsicossocial do indivíduo e de sua família (FIORAMONTE et al., 2013).

De acordo com os objetivos fundamentais de ação do SUS para com a população, uma equipe pode ser considerada qualificada quando consegue realizar um auxílio mais focado e direcionado aos problemas apresentados por cada paciente que necessite de seu atendimento. Além disso, se conseguir estabelecer um vínculo com as outras equipes, como a do CAPS, por exemplo, para melhor assistir o usuário (MATOS et al., 2015).

Dessa forma, entende-se ser importante investir na formação dos profissionais em saúde mental para que tal paradigma possa ser mudado e que a qualidade da assistência em saúde mental, conforme determinam as políticas e o modelo de atenção psicossocial possa ser consolidado.

Este trabalho tem por objetivo conhecer as práticas em saúde mental na atenção primária à saúde a partir da visão de uma abordagem multiprofissional.

DESENVOLVIMENTO

A APS comporta as demandas físicas e as psicológicas dos pacientes, o que se preconiza pelo SUS. Previato e Baldissera (2018) relatam que, embora, o SUS tenha como princípio priorizar o trabalho interprofissional, o modelo tem se apresentado como uniprofissional. Como consequência dessa disparidade, também presente no âmbito de saúde mental, como relatam Almeida et al. (2020), ações e estratégias acabam sendo afetadas no atendimen-

to a Portadores de Transtornos Mentais (PTM), o que provoca insegurança em alguns profissionais quanto à condução dos casos.

Em estudo com profissionais da saúde realizado por Pols et al. (2017), foi enfatizada a importância de o profissional apresentar competência para lidar com os PTM, pois o cuidado ofertado a esses pacientes não se resolve apenas com um acompanhamento uniprofissional.

Ao avaliar os resultados de Pols et al. (2017), verifica-se que existe uma carência de capacitação das categorias de profissionais no cuidado com a saúde mental de pacientes que também apresentavam outras comorbidades. Além disso, os autores reconhecem que os profissionais colocam toda a ênfase na saúde física e nenhuma na saúde mental. Dado isso, mudanças precisam ser implementadas nas práticas de atenção primária, inclusive na dos médicos, para garantir o cuidado integral dos usuários no SUS.

O cuidado ofertado na APS costuma ser fragmentada. Em Almeida et al. (2020) analisa-se que o cuidado prestado aos PTM nas ESF ainda possui deficiência quanto à garantia de exercer os princípios do modelo de atenção psicossocial. Todavia, essa deficiência não se limita a uma única categoria profissional, haja vista que a dissociação entre os profissionais da ESF na atenção aos usuários é observada entre os médicos e aos demais integrantes das equipes.

É fato que o impacto da atenção integral para a saúde mental do indivíduo pode ser benéfico, inclusive, reduzindo-se a demanda por procedimentos médicos invasivos. Estudos realizados por Claassen et al. (2018) sugerem que a educação multidisciplinar provoca alterações e resultados positivos sobre as percepções e conhecimentos acerca da doença que acomete os usuários do SUS. Com isso, aliar apoio e informações prestados pelos profissionais de saúde aos pacientes, sob uma perspectiva educacional, contri-

bui para que autogerenciem sua patologia o que pode promover menor demanda por procedimentos mais complexos *a posteriori*.

Em outra situação, Shaw et al. (2019) relatam que o cuidado colaborativo é eficiente no tratamento de condições médicas e de saúde mental, incluindo da depressão. Nesse transtorno mental, o cuidado colaborativo deve ter como pilares essenciais uma abordagem multiprofissional, um plano de manejo baseado na gravidade dos sintomas depressivos e uma comunicação interprofissional aprimorada. E estudos mostram que cuidados colaborativos e tratamento sistemático da depressão e acompanhamento contínuo da evolução dos sintomas, quando comparados aos modelos habituais, trazem benefícios.

Logo, a capacitação de médicos da APS é importante, pois, embora forneçam tratamento farmacológico a seus pacientes, não se identificam estudos que mostrem uma relação entre prescrição e acompanhamento por parte deles (SHAW et al., 2019). Como abordam Purcell et al. (2018), situações, a exemplo da dor crônica, podem interferir de forma veemente na qualidade de vida de um indivíduo, principalmente em relação a sua saúde mental. Por isso, os médicos atuantes no primeiro nível de atenção devem possuir uma relação mais íntima e continuada com seus pacientes, não sendo surpresa que esses profissionais também sofram estresse no trabalho e desgastes excessivos mentais, inclusive pelo impacto dos vínculos criados.

Fica evidente que a integração dos serviços na atenção primária tende a contribuir para o tratamento de forma multimodal, gerando impactos diretos na qualidade de vida dos usuários afetados. Resultados analisados sugerem que um cuidado integral reduz o uso indevido de fármacos e melhora a satisfação tanto do paciente, como do profissional que o está auxiliando (PURCELL et al., 2018).

Nos últimos anos, com a incorporação de Práticas Integrativas Complementares em Saúde (PICS), o cenário tem se tornado mais fidedigno ao que preconiza o SUS. Previato e Baldissera (2018) colheram depoimentos de profissionais da APS e puderam observar que eles próprios não tinham um conceito claro e equânime das PICS. Dentre os relatos que colheram, houve declarações de que condutas prezadas pela PICS eram trabalhadas pelos profissionais. No entanto, muitos não percebiam e não detinham o significado teórico para sua execução, a exemplo, do trabalho multiprofissional entre ESF e NASF.

Previato e Baldissera (2018) enfatizam a importância da discussão acerca da PICS pelos profissionais de saúde como caminho para descobrir um novo processo dialógico. Ao analisar fotos capturadas em momentos de execução de PICS, relataram que, embora não fosse claro o conceito, as práticas interprofissionais existiam. E comentaram que, se os membros da equipe buscassem se enxergar como participantes de um cuidado interprofissional, especialmente em saúde mental, poderiam alcançar o que preconiza o SUS em todas as suas instâncias, incluindo no NASF e na ESF.

A proposta da PICS integra os conhecimentos e os compartilha. Frente a essa perspectiva, não há conhecimento profissional superior ou inferior, mas cada um possui sua singularidade e todos se complementam para a execução de práticas de saúde. Como foi relatado, o conhecimento de um profissional se agrega ao de outro, fazendo com que exista um modelo de interdependência, no qual ocorre a troca de conhecimentos. Não há a atuação de diversos profissionais ao mesmo tempo de modo engessado em suas práticas, mas sim uma troca que garante a fluidez do saber e o aprendizado de novas habilidades (PREVIATO; BALDISSEIRA, 2018).

Dessa forma, na prevenção e no gerenciamento de doenças mentais e crônicas, as PICS oferecem a capacidade de cuidado in-

tegral do indivíduo, promovendo a possibilidade de melhor qualidade de vida. Portanto, uma incorporação interprofissional na APS que aborda o cuidado com a saúde mental está intrinsecamente relacionada com a prática de PICS (PREVIATO; BALDISSEIRA, 2018).

Vale salientar que, para tal processo tornar-se sólido, tanto médicos como demais profissionais necessitam estar em sintonia para que se desenvolva um processo dialógico capaz de garantir colaboração e ensino-aprendizagem coletivo, para que o cuidado seja edificante e resolutivo (ROCHA; LUCENA, 2018).

Essa dinâmica, associada ao apoio matricial em saúde mental, visa a integrar os profissionais especialistas com os profissionais não especialistas possibilitando uma prática interdisciplinar de forma que o apoio seja garantido, permitindo uma ampliação da clínica e qualidade da assistência (ALMEIDA et al., 2020). Destarte, fazem-se necessárias intervenções para que o SUS possa alcançar sua primazia teórico-prática, algo contextualizado no NASF como Clínica Ampliada.

Raimundi et al. (2016) conceituam Clínica Ampliada como um meio de viabilizar a participação dos usuários de forma ativa, gerando autonomia no processo saúde-doença, conferindo grau de resolutividade para o nível de atenção primária. Com isso, o olhar voltado exclusivamente para clínica sob as lentes biomédicas perde destaque, dando vez ao princípio de qualidade de vida e autonomia do sujeito, tendo em vista o contexto social para que a prevenção de doenças e promoção de saúde possam se concretizar de forma consistente. Nessa perspectiva, o cuidado se estende para um olhar tanto sociocultural, como epidemiológico, biológico, individual, psicológico e espiritual. Percebe-se, dessa forma, que a atenção em saúde mental é garantida, com abordagem mais ampla, contribuindo para uma terapêutica mais eficaz.

Algo que parece limitar a efetividade de uma Clínica Ampliada é a rotatividade alta nas UBS por parte dos profissionais, cor-

roborando para instabilidade na concretização de políticas estabelecidas. Portanto, faz-se necessária uma seleção mais criteriosa desses profissionais. Tratando-se de um serviço da promoção de saúde e prevenção de doenças, os profissionais de saúde devem ser adequadamente qualificados para atender às demandas da comunidade. Com isso, a educação permanente entra como componente chave e educador para os profissionais com base nos preceitos da Clínica Ampliada (RAIMUNDI et al., 2016).

Em síntese, a aplicação da Clínica Ampliada na APS necessita de habilidades técnicas e pedagógicas capazes de contribuir para humanização, cuidado integral e individual ao usuário, fatores que, quando associados ao cuidado em saúde mental, produz efeito positivo na prevenção de doenças e recuperação dos agravos na saúde dos usuários dos serviços de saúde na atenção básica.

Diante disso, uma nova abordagem de cuidado primário é estabelecida no contexto da APS, com base nas propostas normativas da ESF, a Clínica da Família (CF). As unidades de saúde, além de expandir a atenção básica, foram pensadas no intuito de aumentar a resolutividade no nível de cuidados em saúde. Dessa forma, CF garante cuidado humanizado, preventivo e individualizado. Percebe-se que, nessa visão ampliada de cuidado, as consultas não são imprevistas, mas sim agendadas, conferindo maior espaço para o usuário apresentar suas necessidades e manter um diálogo mais íntimo com os profissionais de saúde (RAIMUNDI et al., 2016).

Outro destaque, faz-se ao cuidado colaborativo apontado por Archer et al. (2012) como uma intervenção complexa baseada em modelos de gerenciamento que podem ser eficazes no manejo de problemas comuns de saúde mental. Há evidência de eficácia para o cuidado colaborativo e melhoria dos resultados. Tendo em vista que envolve vários profissionais de saúde que trabalharam com um paciente para ajudá-lo a superar seus problemas. Um médico,

um gerente de caso (com treinamento em depressão e ansiedade) e um especialista em saúde mental, como um psiquiatra. O gerente de caso mantém contato regular com a pessoa e organiza os cuidados, juntamente com o médico e o especialista.

Nesse aspecto, Gillies et al. (2016) afirmam que uma parcela das pessoas é afetada por um distúrbio mental em algum momento de suas vidas. Apesar da prevalência e dos impactos negativos dos transtornos mentais, muitas pessoas não são diagnosticadas ou não recebem tratamento adequado. Portanto, a APS é identificada como essencial para melhorar a prestação de cuidados de saúde mental.

O contato de consulta é um modelo de atenção em saúde mental, em que o provedor mantém o papel central na prestação de cuidados de saúde com um especialista em saúde mental, oferecendo suporte consultivo. Esse contato tem o potencial de melhorar a prestação de cuidado no contexto da atenção primária que, por sua vez, melhora também os resultados para pessoas com transtorno mental (GILLIES et al., 2016). De todo modo, o apoio pedagógico sistemático dito por Almeida et al. (2020) garante uma melhor formação em serviço e resulta em melhoria da assistência prestada pelas ESF, além de uma prática compartilhada que possibilita uma maior resolubilidade dos casos e ainda as discussões que podem otimizar o trabalho em rede.

Nesse contexto, existe a atenção primária proativa *versus* reativa, Dolovich et al. (2019) ressaltam que é preciso se concentrar na prevenção e no cuidado ao paciente ao invés de lidar restritamente das doenças; conectar-se melhor com a saúde e atender à multimorbidade; e enfatizar a individualização, baseada na equipe e em todas as pessoas com necessidade. Dessa forma, há melhorias de indicadores em tornar o atendimento proativo e preventivo.

Rocha e Lucena (2018), por sua vez, elucidam a ideia do Projeto Terapêutico Singular (PTS), o qual vem sendo construído desde

os anos 1990, passando por adaptações ao longo da trajetória do SUS, juntamente com as reformas sanitária e psiquiátrica. Quando aplicado à saúde mental, o PTS apresenta resultados positivos quando associados aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

No campo da saúde mental, o projeto terapêutico se dá a partir das necessidades individuais dos usuários, sendo construído pela equipe, usuários e famílias. Apresenta-se, portanto, como estratégia importantíssima nos serviços de saúde mental (ROCHA; LUNCENA, 2018). De fato, o PTS apresenta-se de modo interdisciplinar visando a expandir e qualificar as ações, com a participação das múltiplas ciências da saúde e profissionais, na busca pelo princípio da integralidade, ampliando, dessa forma, o meio multiprofissional de enxergar o indivíduo.

Aplicado ao contexto da APS, estudo recente apontou o PTS como um meio produtivo de gestão e cuidado para profissionais que compõem uma equipe de ESF, ratificando que tal projeto terapêutico pode ser aplicado na APS. A atenção e o cuidado, nesse contexto, necessitam de compartilhamento não somente na direção da equipe de saúde, mas também no sentido do usuário, proporcionando o cuidado integral por meio de articulações intersetoriais (ROCHA; LUNCENA, 2018).

As especificidades do PTS envolvem indivíduo, família e contexto social, promovendo integralidade do cuidado, reconhecimento das singularidades, uso de tecnologias em saúde, ações de atenção e cuidado. Deve ainda haver problematização da prática em saúde na discussão de casos clínicos, na compreensão ampliada de saúde-doença, no uso do conceito da clínica ampliada, na interconexão dos serviços dentro da rede de atenção à saúde e no modo de organização em etapas (ROCHA; LUNCENA, 2018). Todo esse aparato confere à atenção primária os subsídios necessários para um cuidado com a saúde mental dos usuários.

O apoio matricial é apontado por Almeida et al. (2020) como uma ferramenta de suporte à assistência que visa ao cuidado holístico. Por isso, é definido como um arranjo organizacional que tem como objetivo ampliar a resolubilidade das ações de saúde, reformulando o modo de organização dos serviços e relações entre as especialidades, passando a oferecer apoio técnico às equipes interdisciplinares de atenção primária. Porém, há necessidade de reverter os *déficits* na construção teórica dos profissionais da área da saúde, assim como, promover sua educação permanente. O que pode acontecer por meio de discussões compartilhadas de casos, atendimento conjunto, intervenções conjuntas no território, planejamento das ações ofertadas com enfoque de ampliar a capacidade resolutive da equipe. Busca-se a aproximação e a desfragmentação entre a UBS e as Unidades de Referência, com ampliação e qualificação das ofertas no território e capilarização de saberes técnico. Cria-se uma conexão em rede, que possibilita a corresponsabilização entre as equipes e a diversidade de ofertas terapêuticas através de um profissional de saúde mental que acompanha os processos de trabalho das ESF e permite o conhecimento da demanda, nesse âmbito, que chega à atenção básica (ALMEIDA et al., 2020).

As práticas de saúde em si, possuem um projeto terapêutico que é formado por uma gama de ferramentas e aditivos de cuidados almejados pelo SUS, no intuito de garantir a primazia na atenção (ROCHA; LUNCENA, 2018). Almeida et al. (2020) avaliam que o atendimento focado em saúde mental na atenção básica acontece de forma adequada quando os profissionais inseridos nessa assistência estão preparados de modo a ouvir e reconhecer que essa demanda vai além da patologia do transtorno mental impregnado, focando na atenção psicossocial que vai além da referência e da contrarreferência dos serviços de saúde com os serviços de saúde mental estabelecidos.

Diante do exposto, e tendo em vista que pacientes com severa e persistente doença mental enfrentam acesso limitado ao suporte de profissionais especializados, McCutchen et al. (2017) relatam como um dos fatores contribuintes a pouca quantidade de psiquiatras. Com a melhoria da qualidade e acesso aos cuidados primários e psiquiátricos, resultados positivos são relatados.

Desse modo, as equipes de atenção primária também necessitam de uma intervenção biopsicossocial. De tal modo que os cuidados requerem maiores recursos e apoio de todo o núcleo da atenção primária. O objetivo maior da rede de atenção psicossocial Almeida et al. (2020), indicam é proporcionar a interação dos serviços ofertados, para que cada componente dessa rede ofereça ao usuário o suporte necessário para que ele tenha uma melhor qualidade de vida.

A participação da equipe multiprofissional para Almeida et al. (2020) proporciona, de modo amplo, colaboração e intervenção no cuidado. Os médicos e psicólogos são responsáveis pelo tratamento farmacológico e psicossocial, o enfermeiro é responsável por elaborar os planos de cuidados e intervenções oferecidos à equipe. Contudo, ainda se faz necessário, como propostos pelos ideais das ESF e NASE, um cuidado no qual os serviços prestados desses profissionais se articulem, para que não se torne dissociado e mecânico.

Portanto, Almeida et al. (2020) apontam para a necessidade de analisar o campo de toda a equipe assistencial, de modo que apresente uma realidade de trabalho multidisciplinar. Assim sendo, o cuidado e a assistência ao paciente com transtorno mental serão feitos, bem como a seus familiares, de forma que todos busquem a melhoria nos serviços prestados e a adesão integral ao tratamento.

CONCLUSÃO

Considerando a realidade da demanda existente pela atenção primária à saúde, faz-se imprescindível o cuidado com a saúde mental, a partir da APS, de modo a integrar toda a rede e as competências múltiplas de todos os membros da equipe. É necessária maior ênfase por parte dos prestadores de cuidados primários na tomada de decisões compartilhadas e comunicação interprofissional.

Toda a dinâmica na prestação de saúde integrada faz-se indispensável. Maior sensibilização e compreensão dos problemas de saúde mental e melhorias na acessibilidade diminuem o estigma que ainda persistente no nível de atenção primária à saúde e na sociedade. Desse modo, quando a APS consegue captar tal ideia e a põe em prática, todos os usuários são beneficiados. Inclusive, os profissionais integrantes dos serviços, visto que, capacitados para a demanda existente, conseguem manter o cuidado necessário, como o SUS preconiza: integrado e com a qualidade adequada.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, D. R. et al. O cuidado aos portadores de sofrimento mental na atenção primária: uma prática interdisciplinar e multiprofissional. **Revista Fund Care Online**, v. 12, p. 420-425, 2020.

ARAÚJO, E. M. D.; GALIMBERTTI, P. A. Interprofessional collaboration in the family health strategy. **Psicologia e Sociedade**, v. 25, n. 2, p. 461-468, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v25n2/23.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. 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: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 10 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 10 jul. 2020.

CARRARA, G. L. R. et al. Assistência de enfermagem humanizada em saúde mental: uma revisão da literatura. **Revista Fafibe On-line**, v. 8, n. 1, p. 86-107, 2015. Disponível em: <http://unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/36/30102015183642.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2020.

CLAASSEN, A. A. O. M. et al. Preliminary effects of a regional approached multidisciplinary educational program on health-care utilization in patients with hip or knee osteoarthritis: an observational study. **BMC Family Practice**, v. 19, n. 82, 2018.

FIORAMONTE, A. et al. Cuidado à pessoa com transtorno mental e sua família: atuação do enfermeiro na ESF. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 12, n. 2, p. 315-322, 2013.

GALAVOTE, H. S. et al. The nurse's work in primary health care. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 1, p. 90-98, 2016. Disponí-

vel em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/en_1414-8145-ean-20-01-0090.pdf. Acesso em: 10 jul. 2020.

GILLIES, D. et al. Consultation liaison in primary care for people with mental disorders. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 9, 2015. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007193.pub2/full>. Acesso em: 10 jul. 2020.

MATOS, J. C. et al. A percepção do enfermeiro sobre suas ações em saúde mental na estratégia saúde da família. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, v. 6, n. 3, p. 2761-2772, 2015.

MCCUTCHEN, B. M. D.; PATEL, S. M. D.; COPELAND, D. C. C. P. A. Expanding the role of PAs in the treatment of severe and persistent mental illness. **American Academy of Physician Assistants**, v. 30, n. 8, 2017.

POLS, A. D. et al. Process evaluation of a stepped-care program to prevent depression in primary care: patients' and practice nurses' experiences. **BMC Family Practice**, v. 18, p. 26, 2017.

PREVIATO, G. F.; BALDISSERA, V. D. A. Retratos da prática interprofissional colaborativa nas equipes da atenção primária à saúde. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 39, p. e2017-0132, 2018.

PURCELL, N. et al. The Integrated Pain Team: A Mixed-Methods Evaluation of the Impact of an Embedded Interdisciplinary Pain Care Intervention on Primary Care Team Satisfaction, Confidence, and Perceptions of Care Effectiveness. **Pain Medicine**, v. 19, p. 1748-1763, 2018.

RAIMUNDI, D. M., et al. Análise de uma Clínica da Família, visão dos enfermeiros do serviço. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 50, p. 130-138, 2016.

ROCHA, E. N.; LUCENA, A. F. Projeto Terapêutico Singular e Processo de Enfermagem em uma perspectiva de cuidado interdisciplinar. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 39, p. e2017-0057, 2018.

SHAW, J. et al. Is care really shared? A systematic review of collaborative care (shared care) interventions for adult cancer patients with depression. **BMC Health Services Research**, v. 19, p. 120, 2019.

CAPÍTULO X

A FITOTERAPIA E O TRANSTORNO DE ANSIEDADE: UM NOVO OLHAR SOBRE A FORMA DE TRATAMENTO

*José Caroca da Silva Monteiro
Lucilene Gomes da Silva Medeiros
Tarciana Sampaio Costa*

INTRODUÇÃO

Os distúrbios psiquiátricos são responsáveis pelos inúmeros prejuízos causados ao longo da vida aos pacientes, tais como, o mal-estar emocional, distúrbios de conduta, alteração da rotina diária, sofrimento ou comprometimento de ordem psicológica, mental ou cognitiva (SILVA; SILVA, 2018). Em face do exposto, objetivo deste trabalho foi investigar a prevalência do transtorno de ansiedade na população e conhecer suas características e possíveis tratamentos.

Estima-se que 10% a 30% da população mundial sofram de ansiedade (SOUSA; OLIVEIRA; CALOU, 2018). Os transtornos de ansiedade equivalem a 12,5% dos transtornos psiquiátricos mais

comuns na população, ao longo da vida (7,6% ao ano) (GUIMARÃES et al., 2015). Isto pode estar relacionado ao fato de que os transtornos ansiosos apresentam uma universalidade que transcende o tempo e as culturas (NARDI; FONTENELLE; CRIPPA, 2012).

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que mundialmente a prevalência dos transtornos ansiosos é de 3,6%, sendo que no Brasil, em números de casos, é o maior em todo o mundo (atinge 9,3% da população) (FERNANDES et al., 2017). Segundo Silva e Silva (2018) tais transtornos têm a elevada prevalência de 9,5% a 17,5%.

Moraes e Silva (2015) aduzem que a ansiedade, principalmente o estresse e a depressão, são produtos da sociedade contemporânea. Os padrões de vida exigidos e as dificuldades para atingi-los hoje têm provocado aflições e inseguranças refletindo diretamente na qualidade de vida dos indivíduos, que procuram se adequar para sobreviverem. Os que porventura não conseguem se integrar à realidade imposta acabam adoecendo, o que se associa a problemas psicológicos, dentre eles, aos transtornos de ansiedade (SOUSA et al., 2018). Desse modo, as formas de adoecimento do mundo contemporâneo são marcadas pelos modos de ser, estar, agir e pensar (DANTAS; SÁ; CARRETEIRO, 2009).

Para entender e compreender melhor o tema abordado é indispensável saber o conceito de ansiedade, diferenciar ansiedade normal da patológica, conhecer os diversos tipos de transtornos ansiosos e suas causas. Posteriormente é preciso buscar as melhores formas de tratamento, bem como de intervenção a favor das pessoas que sofrem.

A definição da palavra ansiedade tem origem do grego *an-shein*, que significa estrangular, sufocar e oprimir (CUNHA, 2001) e caracteriza-se por um estado emocional vago e desagradável de medo e apreensão, marcado pela presença de tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo, de algo desconhecido ou

estranho, levando a uma inquietação e perturbação psicológica interligada com pensamentos relacionados ao futuro (CASTILLO et al., 2000).

A ansiedade é também um estado de alerta que serve para avisar ao indivíduo sobre uma situação ameaçadora que está prestes a acontecer, para que possa enfrentar ou fugir dela. E ainda, a ansiedade é inerente ao ser humano. Todos nós a temos em alguma proporção, pois é necessária para a nossa autopreservação (BATISTA; OLIVEIRA, 2005; BARLOW; DURAND, 2010).

Fisiologicamente, a ansiedade inclui alterações nos batimentos cardíacos, desconforto no peito, suor, sensação de respiração um pouco curta ou sufocada, dores de cabeça, dores musculares, náusea ou mal-estar abdominal, tremores, formigamento, insônia, tensão, inquietação, irritabilidade e angústia (FERREIRA et al., 2009; GONÇALVES; HELTD, 2009). Como manifestações cognitivas surgem atenção e vigilância redobrada e determinados aspectos do ambiente que cerca a pessoa (BATISTA; OLIVEIRA, 2005).

A ânsia pelo futuro serve para que a pessoa possa se defender e se proteger das ameaças. É uma reação natural do ser humano. Contudo, dependendo da intensidade e da duração, ou seja, quando ela ocorre demasiadamente a ponto de prejudicar as atividades diárias do indivíduo e por um longo período configura-se uma ansiedade patológica (CASTILLO et al., 2000; HERBELE, 2015).

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais, quinta edição (DSM-5) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA, 2014), os transtornos de ansiedade envolvem transtornos que partilham características de medo e ansiedade em excesso, além de perturbações comportamentais. O medo é resultado emotivo frente a um perigo imediato real ou percebido, ao passo que, ansiedade é um estado de humor orientado para o futuro, caracterizado por apreensão frente ao que está por vir. Claramente, essas duas características se complementam.

Ainda segundo o DSM-5, os transtornos de ansiedade e o medo, apesar de serem comórbidos entre si, existem diferenças entre eles, podendo ser distinguidos a partir do tipo de objeto ou circunstâncias que os provocam e pela ideação cognitiva associada (APA, 2014). O DSM-5, classifica como Transtornos de Ansiedade: fobias específicas, transtorno de ansiedade generalizada (TAG), agorafobia e transtorno de ansiedade social (fobia social), além do transtorno de ansiedade de separação e mutismo seletivo, sendo os dois últimos acrescentados a partir do DSM-5 (APA, 2014).

As causas dos transtornos de ansiedade podem ser diferentes entre os indivíduos em razão da sua complexidade e englobam tantos fatores biológicos, ambientais, sociais, comportamentais, emocionais e cognitivos, ou seja, eles são uma condição multifatorial (CASTILLO et al., 2000; KINRY; LISA; WYGANT, 2005; BARLOW; DURAND, 2010). Logo, inquestionavelmente, para fazer um diagnóstico adequado, deve-se levar em conta o contexto no qual o sujeito está inserido, pois cada indivíduo tem suas particularidades.

Entre os tratamentos disponíveis na atualidade para os Transtornos estão a medicina psiquiátrica e sua compreensão farmacológica, assim como a assistência psicológica com ênfase na abordagem cognitivo-comportamental e a psicodinâmica (HERBELE, 2015). No que tange à medicação, podem ser utilizados tanto drogas convencionais (benzodiazepínicos e os antidepressivos) quanto drogas naturais à base de plantas medicinais ou fitoterápicos (BARLOW; DURAND, 2010).

Ambos os tratamentos são eficazes. Mas devido ao alto custo e aos inúmeros efeitos colaterais que os medicamentos convencionais causam nos pacientes, além da dependência, os tratamentos alternativos têm se mostrado uma boa escolha quando o uso da medicação se faz necessário (BRUNING; MOSEGUI; VIANNA, 2011).

O tratamento alternativo feito com plantas medicinais, recurso natural, sempre foi bastante utilizado com fins terapêu-

ticos, o que transcorre ainda atualmente (CORDEIRO, CHUNG; SACRAMENTO, 2005; NICOLETTI et al., 2010; BEZERRA et al., 2018; VIDAL; SOUSA, TOLEDO, 2021). De acordo com a OMS, cerca de 80% da população mundial faz uso de plantas medicinais, sendo seu valor reconhecido como recurso clínico, farmacêutico e econômico em vários países (NICOLETTI et al., 2010).

Nessa perspectiva, estudos científicos apontam que a planta *Piper methysticum* G. Forster concernente à família *Piperaceae*, também conhecida como kava-kava tem sido uma opção no tratamento dos transtornos ansiosos (CORDEIRO et al., 2005). Isto porque, o extrato da kava-kava atua diretamente no sistema nervoso central (SNC) produzindo diversos efeitos, tais como sensação de prazer e, conseqüentemente, diminuição da tensão e do medo (JUSTO; SILVA, 2008).

Além do efeito ansiolítico comprovado cientificamente do *Piper methysticum*, quem utiliza essa substância vegetal com fim medicamentoso está seguro, já que, ela não causa dependência (BARBOSA; LENARDO; PARTATA, 2013; SILVA; SILVA, 2018), sonolência, não prejudica a coordenação motora, tampouco as funções cognitivas. O que é diferente dos benzodiazepínicos que podem causar letargia e confusão mental (JUSTO; SILVA, 2008; BARBOSA et al., 2013). Em pessoas que apresentam ansiedade, a Kava-kava tem sido responsável pelo aumento na concentração, memória e reflexos, segundo Coló (2006 apud BARBOSA et al., 2013).

O uso de plantas medicinais e de medicamentos fitoterápicos tem crescido bastante nos últimos tempos. Em contrapartida, o uso, embora seja de fácil acesso e de comprovada eficácia, requer cuidados, pois pode causar efeitos colaterais e toxicidade durante o uso (GARCIA; SIMÕES, 2005; BRUNING et al., 2011). Bruning et al. (2011) advertem para o uso indiscriminado de fitoterápicos e ressalta que é fundamental haver orientação adequada para que não se perca a efetividade dos princípios ativos encontrados nas plan-

tas medicinais ou mesmo risco de intoxicação. Em complementação Nicoletti et.al. (2010) declaram que é preciso desmistificar a crença popular de que as drogas à base de vegetal não causam efeitos negativos à saúde, bem como ressalta que é imprescindível esclarecer aos usuários desses medicamentos a relação custo versus benefício de seu uso, como acontece com todo medicamento.

DESENVOLVIMENTO

Entre os distúrbios psiquiátricos, o mais comum é o transtorno de ansiedade conforme os dados encontrados. Nas mulheres, o risco de desenvolver transtornos ansiosos no decorrer da vida é maior do que nos homens, problemas que geralmente apresentam no início da vida adulta (MACHADO et al., 2016).

No que tange ao tratamento, as plantas medicinais têm sido uma alternativa para o tratamento do transtorno de ansiedade, uma vez que, os medicamentos convencionais como benzodiazepínicos possui altos efeitos colaterais (SOUSA et al., 2018).

Nesta conjuntura, Sousa et al. (2018) afirmam que os novos fármacos são desenvolvidos a partir dos produtos naturais, de modo que 30% dos medicamentos disponíveis atualmente no mercado são de origem vegetal, estima-se que 25% dos fármacos prescritos são fitoterápicos e destes, 80% são de produtos naturais modificados ou drogas semissintéticas.

Neste sentido, diante dos resultados encontrados no presente estudo, observa-se que por mais que seja crescente o uso de produtos naturais para recuperação da saúde (BEZERRA et al., 2018; VIDAL; SOUSA; TOLEDO, 2021), não existem estudos suficientes que validem cientificamente as plantas medicinais como medicamentos eficazes e seguros, dificultando uma conclusão mais

consistente sobre o assunto (JUSTO; SILVA, 2008; NICOLETTI et al., 2010; FAUTINO; ALMEIDA; ANDREATINI, 2010; BRUNING et al., 2011).

Levando em consideração que no Brasil 82% da população faz uso de produtos à base de plantas medicinais (SILVA; SILVA, 2018), é pertinente pontuar que outro fator preocupante comungado entre os autores pesquisados diz respeito ao uso indiscriminado de fitoterápicos.

A falsa ideia de que as drogas de origem vegetal não causam efeitos negativos à saúde e, portanto, são mais seguras e menos tóxicas, ainda é uma realidade nos dias atuais, o que acaba influenciando na propagação do seu uso sem orientação adequada (CARDOSO; AMARAL, 2019).

O extrato da Kava *Piper methysticum* possui várias propriedades medicamentosas, entre as principais estão a sedação e ação ansiolítica. Todavia, não existem apenas efeitos positivos, muitos estudos apontam que há risco quando não são respeitados os limites de consumo e quando o produto é associado ao uso de outras plantas medicinais, podendo conduzir, por exemplo, a grave comprometimento hepático (PALIOTO; ROCHA, 2013; NOWACHI et al., 2015).

CONCLUSÃO

Diante do exposto, esta revisão possibilitou investigar desde a prevalência dos transtornos ansiosos na população, conhecendo as principais características até à extensão dos conhecimentos acerca dos tratamentos tanto convencionais como alternativos.

Não obstante, é importante reconhecer que a ansiedade é um estado emocional que nos prepara para uma situação desafiadora e, quando sua manifestação é excessiva pode se configurar como

um transtorno, dependendo da intensidade, frequência, duração e dos prejuízos causados ao indivíduo.

Nesse sentido, é preciso um diagnóstico diferenciado para buscar as melhores estratégias de intervenção, quando houver necessidade de inserir alguma medicação que possa proporcionar bem-estar à pessoa. Recomenda-se que primeiro sejam escolhidos os fitoterápicos, pois não causam dependência. Caso não surtam o efeito desejado, que sejam prescritos os medicamentos convencionais, tais como os benzodiazepínicos.

Por fim, é preciso dizer que grande parte deste trabalho aponta restrições metodológicas quanto ao conhecimento da temática abordada. É necessário antes de tudo interesse científico pelas propriedades medicinais das plantas e novos estudos com ensaios clínicos para corrigir as falhas metodológicas dos estudos disponíveis, de modo que a transformação dos vegetais medicinais e seus derivados em medicamentos fitoterápicos seja segura e eficiente.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. ed. Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2014.

BARBOSA, D. R.; LENARDON, L.; PARTATA, A. K. Kava-kava (Piper methysticum): uma revisão geral. **Rev. Cien. ITPAC**, v. 6, n. 3, p. 1-19, 2013.

BARLOW, D. H.; DURAND, V. M. **Psicopatologia: uma abordagem integrada**. São Paulo: Cengage Learning, 2015.

BATISTA, M. A.; OLIVEIRA, S. Sintomas de ansiedade mais comuns em adolescentes. **PSICRevista de Psicologia da Vetor**, v. 6, n. 2, p. 43-50, 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psic/v6n2/v6n2a06.pdf>. Acesso em 23 jul. 2020.

BEZERRA, A. L. D. et al. Ações farmacológicas do geopropolis: uma revisão integrativa da literatura. **Temas em Saúde**, v. 1, p. 555-570, 2018.

BRUNING, M. C. R.; MOSEGUI, G. B. G.; VIANNA, C. M. M. A utilização da fitoterapia e de plantas medicinais em unidades básicas de saúde nos municípios de Cascavel e Foz do Iguaçu – Paraná: a visão dos profissionais de saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 17, p. 2675-2685, 2012.

CARDOSO, B. S.; AMARAL, V. C. S. O uso da fitoterapia durante a gestação: um panorama global. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, p. 1439-1450, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018244.07472017>. Acesso 23. jul. 2020.

CASTILLO, A. R. G. et al. Transtornos de ansiedade. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 22, p. 20-23, 2000.

CORDEIRO, C. H. G.; CHUNG, M. C.; SACRAMENTO, L. V. S. Interações medicamentosas de fitoterápicos e fármacos: Hypericum perforatum e Piper methysticum. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v. 15, n. 3, p. 272-278, 2005.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas de Beck**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2001.

DANTAS, J. B., SÁ, R. N.; CARRETEIRO, T. C. O. C. A patologização da angústia no mundo contemporâneo. **Arquivos brasileiros de psicologia**, v. 61, n. 2, p. 1-9, 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672009000200010. Acesso em: 25 jul. 2020.

FAUSTINO, T. T.; ALMEIDA, R. B.; ANDREATINI, R. Plantas medicinais no tratamento do transtorno de ansiedade generalizada: uma revisão dos estudos clínicos controlados. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 32, n. 4, p. 429-436, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462010005000026>. Acesso em: 23 jul. 2020.

FERNANDES, M. A. et al. Prevalência dos transtornos de ansiedade como causa de afastamento de trabalhadores. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, 2018.

FERREIRA, C. L. et al. Universidade, contexto ansiogênico? Avaliação de traço e estado de ansiedade em estudantes do ciclo básico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 973-981, 2009.

GONÇALVES, D. H.; HELDT, E. Transtorno de ansiedade na infância como preditor de psicopatologia em adultos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 3, p. 533, 2009.

GUIMARÃES, A. M. V. et al. Transtornos de ansiedade: um estudo de prevalência sobre as fobias específicas e a importância da ajuda psicológica. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-ALAGOAS**, v. 3, n. 1, p. 115-128, 2015.

HERBELE, L. S. **Associação entre sintomas ansiosos e depressivos e variáveis clínicas em pacientes obesos candidatos a**

cirurgia bariátrica. 2015. Dissertação (Mestrado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, Rio Grande do Sul: 2015.

JUSTO, S. C.; SILVA, C. M. Piper methysticum G. Forster (Kava-Kava): uma abordagem geral. **Revista Eletrônica de Farmácia**, v. 5, n. 1, 2008.

KINRYS, G.; WYGANT, L. E. Transtornos de ansiedade em mulheres: gênero influência o tratamento?. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, n. 2, p. S43-S50, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbp/v27s2/pt_a03v27s2.pdf. Acesso em: 29 jul. 2020.

MACHADO, M. B. et al. Prevalência de transtornos ansiosos e algumas comorbidades em idosos: um estudo de base populacional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 65, n. 1, p. 28-35, 2016.

MORAES, M. C. F.; SILVA, N. P. Saúde Mental e as Relações de Trabalho: como a ansiedade influencia o comportamento humano no ambiente de trabalho. **Interfaces de Saberes**, v. 14, n. 1, 2015. Disponível em: <https://interfacesdesaberes.fafica-pe.edu.br/index.php/import1/article/view/533/274>. Acesso em: 29 jul 2020.

NARDI, A. E.; FONTENELLE, L. F.; CRIPPA, J. A. S. Novas tendências em transtornos de ansiedade. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 34, p. 5-6, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462012000500002>. Acesso em: 25 maio 2020.

CAPÍTULO XI

CUIDADOS ODONTOLÓGICOS AOS INDIVÍDUOS COM AGRAVOS MENTAIS NA ATENÇÃO BÁSICA

*André Luiz Dantas Bezerra
Elzenir Pereira de Oliveira Almeida
Milena Nunes Alves de Sousa*

INTRODUÇÃO

Com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS) houve o estímulo e a necessidade de reestruturação do sistema, de forma que a resolutividade de mais de 80% das ações ocorresse na assistência de nível primário, ou seja, na Atenção Primária à Saúde (APS) ou na Atenção Básica (AB), mediante atuação da Estratégia da Saúde da Família (ESF).

A AB ou APS fundamenta-se em três princípios: universalidade, integralidade e equidade, os quais buscam garantir o acesso à saúde de todos. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) regula as atividades neste nível de atenção e articula as Redes de Atenção à Saúde (RAS), concebendo a inter-relação entre categorias

NICOLETTI, M.A. et al. Uso popular de medicamentos contendo drogas de origem vegetal e/ou plantas medicinais: principais interações decorrentes. **Revista Saúde-UNG-Ser**, v. 4, n. 1, p. 25-39, 2009.

NOWACKI, L. C. et al. Efeito analgésico de *Hypericum perforatum*, *Valeriana officinalis* e *Piper methysticum* na dor orofacial. **Brazilian Journal of Oral Sciences**, v. 14, n. 1, p. 60-65, 2015.

PALIOTO, G. F.; ROCHA, C. L.M.S.C. Avaliação da mutagenicidade de *Piper methysticum* L. f. no sistema methG1 em *Aspergillus nidulans*. **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais**, v. 15, n. 3, p. 347-351, 2013.

SILVA, M. G. P.; SILVA, M. M. P. Avaliação do uso de fitoterápicos em distúrbios psiquiátricos. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 16, n. 56, p. 77-82, 2018.

VIDAL, M. S. A; SOUSA, M. N. A. de; TOLEDO, M. A. Aplicação das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. **ID on line Revista de Psicologia**, v. 15, n. 54, p. 357-368, 2021.

SOUSA, R. F.; OLIVEIRA, Y. R.; CALOU, I. B. F. Ansiedade: aspectos gerais e tratamento com enfoque nas plantas com potencial ansiolítico. **Revinter**, v. 11, n. 1, p. 33-54. 2018.

profissionais distintas e, assim, propiciando melhorias na qualidade de acesso à saúde individual e coletiva (BRASIL, 2012; 2016).

A ESF tem a capacidade de melhorar o serviço público de saúde e incentiva o trabalho multiprofissional e em equipe, garantindo ações de proteção, prevenção, promoção e recuperação da saúde (BRASIL, 2012; 2016). Fazem parte da equipe da ESF: médico, o enfermeiro, o técnico de enfermagem, o cirurgião dentista, o técnico em saúde bucal ou auxiliar de saúde bucal, além dos agentes comunitários de saúde (ACS) (LAMPERT; BAVARESCO, 2017). Ressalta-se que a incorporação dos profissionais de saúde bucal foi regulamentada pela Portaria nº 1.444 de 2000, o que conduziu à significativa expansão da odontologia no país (SOUZA; RONCALLI, 2007; LAMPERT; BAVARESCO, 2017).

“A Política de Saúde Bucal do Brasil recomenda ações, as quais, juntamente com a atenção básica, devem ser discutidas e aplicadas, proporcionando uma integralidade no atendimento, de maneira que amplie e favoreça a demanda que utiliza os serviços públicos” (CHAVES et al., 2010 apud SILVA et al., 2019, p. 154). Corroboram com a assertiva anterior Austragésilo et al. (2015), ao destacarem que a inserção da equipe de saúde bucal na AB possibilitou articulação com a rede de serviços e direcionou-se à integralidade das ações.

Os cirurgiões dentistas devem, continuamente, verificar, identificar e propor “soluções para a promoção de saúde bucal [dos] [...] indivíduos [...] [e] [...] devem estar dispostos e aptos para [...] um acolhimento integral [...], proporcionando atendimentos mais efetivos e ações menos desgastantes e estressantes” (AMARAL, 2018, p. 10).

Portanto, a inserção dessa categoria foi de relevância ímpar, pois sendo a saúde bucal parte integrante da saúde geral dos indivíduos, o atendimento odontológico também deve ser realizado para que o cuidado integral e holístico possa ser efetivado (SOUZA

et al., 2013; LAMPERT; BAVARESCO, 2017). Problemas odontológicos influenciam a qualidade de vida e o bem-estar do cidadão. Afinal, os dentes são indispensáveis à mastigação e desempenham papel crítico na nutrição e na saúde geral das pessoas (BORGES et al., 2011 LOPES et al., 2021).

De modo particular, a atuação dos cirurgiões dentistas é indispensável entre aqueles com distúrbios psicossomáticos, com transtornos mentais ou portadores de necessidades especiais (PNE). Os distúrbios psicossomáticos se caracterizam por alterações fisiológicas decorrentes de fatores emocionais. Tais transformações podem propiciar o surgimento de distúrbios vasculares, hormonais e musculares, situações que podem propiciar o aparecimento de dor, ardência, úlceras e xerostomia (redução da capacidade de salivação) (SURESH et al., 2014 apud SANTOS et al., 2019).

Já os transtornos mentais conglomeram significativa multiplicidade de enfermidades psiquiátricas, as quais podem ser relacionadas com deficiências no autocuidado da higiene geral e bucal (CARDOZO et al., 2018; SANTOS et al., 2019).

Na odontologia, os PNE são os “indivíduos que apresentam alguma desordem de natureza física, mental, congênita, comportamental, psiquiátrica, sensorial, crônica ou infectocontagiosa” (PIMENTEL, 2019, p. 5), que frequentemente os impedem de se submeterem à terapêutica odontológica convencional. Relevante ponderar que as limitações de muitos indivíduos podem ser temporárias ou permanentes. São classificados nos grupos: 1) deficiência mental; 2) deficiência física (acidente vascular encefálico, paralisia cerebral e lesão medular, por exemplo); 3) anomalias congênitas; 4) distúrbios de comportamento (transtorno do espectro autístico); 5) transtornos psiquiátricos como a esquizofrenia; 6) distúrbios de comunicação e sensoriais (deficiência visual, auditiva e de fala); 7) transtornos compulsivos; (8) doenças sistêmicas crônicas (cardiopatas, diabetes mellitus, doenças he-

matológicas, insuficiência renal crônica); 9) doenças infectocontagiosas (hepatites virais, tuberculose e pacientes HIV- positivos); e 10) condições sistêmicas (transplantados, imunossuprimidos por medicamentos e outro) (SPEZZIA; BERTOLINI, 2017; NASCIMENTO; SILVA; FERREIRA, 2020).

“Convém salientar que foram normatizadas as abordagens clínicas do cirurgião-dentista no atendimento a essas pessoas em conformidade com a Resolução nº. 25/2002, Art.4º, do Conselho Federal de Odontologia (CFO)” (NASCIMENTO; SILVA; FERREIRA, 2020, p. 14). Tal grupo se configura em uma população com baixo acesso aos serviços públicos odontológicos e há carências importantes quanto à capacitação profissional para atendê-lo (CARDOZO et al., 2018; SANTOS et al., 2019).

Ainda, há escassez de informação relacionada a esses pacientes quanto à saúde bucal, apesar de estarem especialmente em risco devido aos hábitos de vida e utilização de psicofármacos (KISELY et al., 2015 apud SANTOS et al., 2019; IFANGER et al., 2020). Considerando esse cenário e diante da carência de estudos, busca-se com este ensaio enfatizar os cuidados odontológicos adequados aos indivíduos com alterações de ordem mental (distúrbios psicossomáticos, PNE e transtornos mentais).

ALTERAÇÕES BUCAIS E FATORES RELACIONADOS EM INDIVÍDUOS COM ALTERAÇÕES DE ORDEM MENTAL

Sabe-se que as doenças bucais que afligem os pacientes com distúrbios psicossomáticos, PNE e transtornos mentais se assemelham aos mesmos problemas da população em geral, contudo, são mais comuns (SANTOS et al., 2019). Estudo destaca que:

Muitas delas relacionam-se com a higiene bucal precária, fato este relacionado tanto aos trans-

tornos mentais e comportamentais, quanto ao comprometimento intelectual e motor. Também, a doença periodontal como condição bucal mais preocupante entre estes pacientes, seguida das patologias associadas ao uso de medicamentos psicoativos (CARDOZO et al., 2018, p. 1).

Portanto, entre as doenças na cavidade oral, estudos apontam maior prevalência de periodontites, cáries, má oclusão e edentulismo (BAUMGARTEN; MONTEIRO; PETERSEN, 2013; OLIVEIRA et al., 2015; SANTOS et al., 2019). Estudo sobre a avaliação de saúde bucal em pessoas com transtornos mentais do CAPS Jael Patrício de Lima em Aracaju, estado de Sergipe, verificou o índice CPOD, que mensura a quantidade de dentes cariados, perdidos por cárie e obturados de maneira simples e válida. A pesquisa indicou que os participantes apresentaram grande número (62.3%) de perdas dentárias e CPOD médio foi de 10,83, ou seja, muito alto (NASCIMENTO; SILVA; FERREIRA, 2020). Soma-se a tais problemas, a hiperplasia gengival (CARDOZO et al., 2018). Ao considerar esses agravos, é fundamental esclarecer em que consistem.

Cáries dentárias – são o problema de saúde bucal mais prevalente no Brasil e a patologia oral mais estudada mundialmente (CORRÊA et al., 2020). Seu desfecho decorre da presença de microrganismos na cavidade oral e se relaciona com a suscetibilidade do hospedeiro, fatores sociais e econômicos, dieta alimentar, higiene bucal, entre outros (ARAÚJO; PINHEIRO; VILAR, 2020);

Doença periodontal ou periodontites –agravo evitável mais comum no mundo e com grandes consequências à saúde e para a qualidade de vida e produtividade dos indivíduos (PARAGUASSU, 2020). Considerada uma doença infecciosa, tem implicações negativas sobre a gengiva e demais tecidos de suporte dentário, podendo repercutir sobre a perda dentária. Em seus primeiros ciclos pode ser silenciosa e passa despercebida pelo paciente, contudo, pode apresentar inicialmente hemorragia gengival e tem

sido associada a patologias sistêmicas (doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, infecções respiratórias, artrite reumatóide e partos prematuros) (ALMEIDA et al., 2006). Almeida et al. (2006) reforçam que o diagnóstico precoce é fundamental, pois auxilia na terapêutica imediata e pode evitar perda de dentes.

Perda dentária ou edentulismo: resultado da morte do dente, ocasionada por cáries, periodontites descontroladas e, erroneamente, associadas ao envelhecimento e como condição natural deste evento da vida (HAIKAL et al., 2011 apud LOPES et al., 2021). Sousa et al. (2013) e Lopes et al. (2021) destacam que a capacidade mastigatória é fundamental para a homeostasia do corpo, afinal sua redução implica em dificuldades e limitações no consumo de inúmeros alimentos. Além disso, o edentulismo pode afetar a fala, a estética e ocasionar alterações psicológicas.

Hiperplasia gengival medicamentosa: é o crescimento da gengiva, causada pela utilização de drogas sistêmicas, o que gera desconfortos funcionais, fisiológicos e estéticos ao paciente (SANTOS et al., 2020).

Má oclusão dentária ou dentes desalinhados: acontece quando os dentes e suas bases ósseas posicionam-se de maneira inadequada (MANHÃS, 2019). “É um problema de saúde pública devido à alta prevalência, possibilidade de tratamento e por interferir na qualidade de vida dos indivíduos” (MARTINS et al., 2019, p. 393). O resultado da condição odontológica são as cáries, problemas periodontais, problemas na articulação temporomandibular (ATM), dificuldades na higienização oral, fratura os dentes, dores de cabeça, pescoço, ombros, costas, bruxismo, dentre outros (MANHÃS, 2019). Contudo, mesmo que de ordem multifatorial, é passível de prevenção ou ainda reduzir seus efeitos ou tratá-las precocemente (CINTRA et al., 2021).

Ifanger et al. (2020), além de citarem as alterações anteriores, acrescentam que os pacientes com intercorrências psiquiátricas

também estão mais susceptíveis a candidíase, leucoplasia, lesões estomatológicas e outros agravos.

Adicionalmente, quando o agravo mental se associa à epilepsia, pode ocorrer hiperplasia gengival (CARDOZO et al., 2018) como citado antes. Assim, entre os fatores relacionados, destaca-se o “desequilíbrio nos hábitos de higiene, renovação de fibroblastos e drogas que contenham difenilidantoína, fenobarbital e ácido valpróico” (PINTO, 2003 apud CARDOZO et al., 2018, p. 5).

O *déficit* na higiene oral bastante referenciado se deve às limitações físicas e psíquicas (BAUMGARTEN; MONTEIRO; PETERSEN, 2013; SANTOS et al., 2019). Aspectos que também devem ser mencionados são os quadros de ansiedade e de estresse, o que implica no hábito de apertar e ranger os dentes (hábitos parafuncionais), situação que pode culminar em problemas mastigatórios, com a presença de dor ou sensibilidade ao mastigar (LIMA et al., 2021).

Logo, Gonçalves et al. (2020) afirmam haver grande correlação entre estresse emocional, quadros de ansiedade e depressão com o surgimento de sintomatologias da disfunção temporomandibular (DTM):

O estresse emocional é [...] um importante fator na manutenção de agravos à saúde bucal. Fatores psicológicos foram identificados como preditores das disfunções temporomandibulares, manifestação de lesões e até mesmo consequência de paralisia parcial da face (GONÇALVES et al., 2020, p. 38).

Importante mencionar que a DTM inclui vários problemas clínicos que acometem os músculos mastigatórios, a ATM e estruturas adjacentes, com capacidade de impactar negativamente a qualidade de vida dos seus portadores (MEDEIROS; GROSSMANN; BAVARESCO, 2021).

Outro fator que merece atenção é o tratamento medicamentoso com antipsicóticos, anticonvulsivantes e antiepilépticos,

como Clonazepam, Diazepam, Carbamazepina, Fluoxetina e Risperidona. Seu uso tem indicado o surgimento de efeitos adversos à saúde bucal, especialmente quanto ao fluxo salivar, possibilitando xerostomia, propiciando ageusia, disgeusia ou hipogeusia, e a última tem sido associada ao aumento da salivação (SANTOS et al., 2019).

Por fim, a literatura reconhece a doença periodontal como condição oral mais inquietante entre os pacientes com desordens mentais, sequenciada pelos agravos associados com o uso de medicamentos psicoativos os quais podem refletir em problemas de salivação e implicam negativamente sobre a saúde bucal (CARDOZO et al., 2018).

CUIDADOS NO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO PARA AGRAVOS MENTAIS NA ATENÇÃO BÁSICA

Pinto (2003 apud CARDOZO et al., 2018) considera que manifestações bucais em pacientes com desordens de natureza mental são variáveis e dependentes do grau de afetação neuropsicomotora. O quadro demanda ações de promoção de saúde bucal deste grupo pelos profissionais da odontologia. Entretanto, já se sabe que saúde oral precária pode predispor tais indivíduos a doenças físicas crônicas que geram internações hospitalares evitáveis (KISELY et al., 2015 apud SANTOS et al., 2019).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), 75% dos indivíduos com alguma necessidade especial, a exemplo dos portadores de agravos mentais, não usufruem de qualquer tipo de assistência odontológica (SAMPAIO; CÉSAR; MARTINS, 2004). Frisa-se que a saúde oral é de fundamental relevância para a garantia do bem-estar físico, mental e social das pessoas, independente de

sua condição clínica, mas especialmente, é crucial para os que têm agravos mentais (SANTOS et al., 2019).

Destarte, segundo Pimentel (2019, p. 5), os pacientes com alterações de ordem mental (distúrbios psicossomáticos, PNE e transtornos mentais) “necessitam de um atendimento criterioso por parte dos cirurgiões dentistas”, pois devido a suas individualidades e limitações são afetados por inúmeras desordens orais (BAUMGARTEN; MONTEIRO; PETERSEN, 2013; OLIVEIRA et al., 2015; CARDOZO et al., 2018; SANTOS et al., 2019; GONÇALVES et al., 2020; IFANGER et al., 2020; NASCIMENTO; SILVA; FERREIRA, 2020; LIMA et al., 2021), como citado no tópico anterior.

É um fator etiológico importante na predisposição ou causa de determinados problemas bucais, podendo se tornar um complicador quando combinado com outros fatores. Entanto, é importante salientar que tal condição requer do cirurgião dentista uma conduta diferenciada, compreendendo os fatores psicogênicos envolvidos e proporcionando um manejo clínico cuidadoso e multidisciplinar (GONÇALVES et al., 2020, p. 38).

“No atendimento a esses pacientes, muitas são as possibilidades, porém poucas de fato são descritas na literatura como efetivas” (CARDOZO et al., 2018, p. 3). Portanto, o cirurgião dentista depara-se, cotidianamente, com muitos desafios para garantir e validar atendimento adequado, independente de receber o usuário no consultório odontológico, na Unidade Básica de Saúde (UBS) ou em ambiente domiciliar (PIMENTEL, 2019).

Estudo objetivando descrever a saúde bucal de pacientes portadores de distúrbios mentais e comportamentais frequentadores de ESF e descrever as dificuldades dos cirurgiões-dentistas frente a esta realidade trouxe dados importantes que merecem exposi-

ção (CARDOZO et al., 2018, p. 1). Para os autores, “as dificuldades centram-se na falta de integração entre equipes e no despreparo do profissional para atender a esta demanda, uma vez que, quando este tipo de atendimento foi incorporado ao atendimento da Estratégia, não houve treinamentos para tal”.

Ressalta-se, contudo, que...

A atuação da equipe de saúde bucal na atenção básica vai muito além dos limites do consultório odontológico. As ações dos cirurgiões dentistas vão desde orientação de higiene oral, ação de promoção de saúde e assistência até o atendimento humanizado domiciliar. O que ressalta mais uma vez a importância da atuação da equipe multidisciplinar, a fim de alcançar uma atenção integral, sempre pautada no benefício do tratamento geral do paciente (SCHARDOSIM; COSTA; AZEVEDO, 2015 apud PIMENTEL, 2019, p. 15).

De modo específico, “se faz necessária à implementação de programas educacionais, que busquem difundir medidas preventivas para garantir a manutenção da saúde bucal destes pacientes” (CARDOZO et al., 2018, p. 6). As ações educativas nesta área têm relevante papel para sensibilização dos indivíduos e familiares. Assim, conforme Souza et al. (2017) deve-se recomendar a efetivação de programas de promoção da saúde bucal nos territórios que possuem ESF e destinados a grupos específicos, como aos indivíduos com distúrbios de natureza mental.

Uma estratégia interessante é o uso de jogos educativos a partir de atividades em grupos, as quais podem sim ser realizadas na AB, bem como material informativo com orientações direcionadas à higiene oral. Atividades lúdicas tem a capacidade de oportunizar o ócio criativo pela fixação de saberes, promove atividades associativas e incentiva discussão sobre temáticas relacionadas à promoção da saúde e ao autocuidado (ALVES; SILVA; LUCENA, 2021).

O lúdico enquanto ferramenta pedagógica e pela importância já citada, colabora “para uma boa saúde mental, preparando um estado interior fértil, facilitando a comunicação, expressão e construção do conhecimento” (SOUZA et al., 2017, p. 1). Destarte, a partir da afirmativa anterior, pode-se refletir sobre o quanto é fundamental integrar e articular os saberes dos profissionais da APS, com o propósito de garantir a saúde bucal, mental e resgatar a cidadania mediante troca de experiências e saberes (SANTOS et al., 2019).

Também, segundo a Linha Guia de Saúde Bucal (FERREIRA et al., 2015 apud NASCIMENTO; SILVA; FERREIRA, 2020, p. 14),

A Unidade de Saúde de referência na APS deve ser considerada a porta de entrada para a atenção a pessoas com transtornos mentais, sendo necessário que a equipe de saúde tenha conhecimento da quantidade dessas pessoas em sua área de abrangência, para prestação da atenção em saúde bucal o mais cedo possível, principalmente no aspecto preventivo e educativo.

Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017), as atribuições do cirurgião dentista na ESF, independente da população assistida, contemplam o atendimento clínico, atividades prevenção de agravos, de proteção e promoção da saúde, com a análise situacional do território e elaboração de planejamento estratégico, além de coordenar e participar de atividades coletivas direcionadas para a educação popular e permanente entre a equipe multidisciplinar da UBS. Todas as ações objetivando a integralidade do cuidado.

Ainda, são necessárias práticas de reabilitação (implantes ou próteses dentárias), a fim de evitar os danos decorrentes, especialmente, de cáries, doença periodontais e de edentulismo. Todas as ações objetivando a integralidade do cuidado (REIS; SCHERER;

CARCERERI, 2015; BRASIL, 2017). São ações específicas e prioritárias:

- Anamnese e exame clínico completo da cavidade oral, que permite um diagnóstico precoce (BRITO et al., 2020);

- Prevenção dos agravos bucais e de tratamento precoce (NASCIMENTO; SILVA; FERREIRA, 2020). O Tratamento Restaurador Atraumático (ART) é fundamental e “consiste em uma técnica de mínima intervenção com instrumentos manuais sobre a lesão cáriosa, geralmente não associada à dor” (MATOS et al., 2020, p. 4390). Em casos de má oclusão, a ortodontia preventiva e interceptora na AB é uma alternativa (CINTRA et al., 2021), embora os autores reconheçam que essa abordagem ainda não é prática nos territórios de APS;

- Realização de visitas domiciliares (MATOS et al., 2020), o que auxilia na observação da situação geral de saúde do indivíduo e da família;

- Atividades educativas (SOUZA et al., 2017; CARDOZO et al., 2018; ALVES; SILVA; LUCENA, 2021), com orientações sobre hábitos gerais (alimentação, vícios, usos de medicamentos, escovação dos dentes, entre outros).

Enfim, os cirurgiões dentistas devem contemplar procedimentos clínicos e que ultrapassem os saberes específicos da odontologia (OLIVEIRA et al., 2015).

CONCLUSÃO

Pacientes com desordens mentais, independentemente de sua complexidade, necessitam de atenção especial, principalmente quanto às doenças bucais, bem prevalentes nesse grupo. Entre as enfermidades mais citadas e que impactam o bem-estar e a qualidade de vida, destacam-se as periodontites, cáries dentárias,

edentulismo, má oclusão e xerostomia. Outras condições clínicas também são relatadas, embora em menor proporção.

Quanto aos principais fatores de risco, constatam-se a precária higiene oral, uso de medicamentos, os quadros de ansiedade e estresse comuns entre tais pacientes. A realidade suscitada exige que os cirurgiões dentistas busquem a garantia do cuidado mediante ações de prevenção dos agravos, promoção da saúde, diagnóstico, tratamento e reabilitação protética, bem como adotem práticas que extrapolem o conhecimento de sua área de formação profissional e atuem de forma colaborativa com os demais membros da equipe de saúde da família.

O trabalho em equipe se fortalecido poderá efetivar as estratégias de promoção da saúde. Nesse contexto, as ações educativas mostram-se como um recurso fundamental, especialmente em parceria com a equipe multiprofissional da Atenção Básica.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Ricardo Faria et al. Associação entre doença periodontal e patologias sistêmicas. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 22, n. 3, p. 379-90, 2006.

ALVES, Caroline Vieira; SILVA, Tatiane Alves da; LUCENA, Eudes Euler de Sousa. A ludicidade como estratégia de educação em saúde bucal no centro de atenção psicossocial álcool e drogas: relato de experiência. **Revista Ciência Plural**, v. 7, n. 1, p. 177-190, 2021.

AMARAL, Lais David. **Necessidade de capacitação de cirurgiões dentistas da atenção básica em saúde para os cuidados em odontologia de pessoas com autismo**. 2018. 68fls. Tese (Douto-

rado em Ciências da Saúde)–Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Brasília, 2018.

ARAÚJO, Isaac de Sousa; PINHEIRO, Woneska Rodrigues; VILAR, Marcela Oliveira. Prevalência de cárie dentária em crianças em condição de vulnerabilidade social. **ID on line Revista de Psicologia**, v. 14, n. 49, p. 577-587, 2020.

AUSTREGÉSILO, Silvia Carréra et al. A Interface entre a Atenção Primária e os Serviços Odontológicos de Urgência (SOU) no SUS: a interface entre níveis de atenção em saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 3111-3120, 2015.

BAUMGARTEN, Alexandre; MONTEIRO, Ana Paula Scherer; PETERSEN, Renata Córdova. Curso de Capacitação para Cirurgiões-Dentistas no atendimento à pessoa com deficiência e necessidades especiais do Estado do Rio Grande do Sul: perfil do cirurgião-dentista, trajetória no serviço e cobertura dos municípios. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, v. 54, n. 1-3, p. 19-23, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. 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 (SUS). Brasília: MS, 2017.

BRITO, Paulo Henrique de et al. Importância do diagnóstico precoce do câncer bucal e conduta adequada do cirurgião-den-

tista na atenção básica: revisão integrativa. **Odontol. Clín.-Cient.**, Recife, v. 19, n. 4, p. 327-332, 2020.

CARDOZO, Gabriel Borges et al. Saúde mental e odontologia na estratégia saúde da família: revisão de literatura. **Anais da VII JORNACITEC-Jornada Científica e Tecnológica**. Botucatu-SP, 2018. Disponível em: <http://www.jornacitec.fatecbt.edu.br/index.php/VIIJTC/VIIJTC/paper/viewFile/1581/1995>. Acesso em 31 mar. 2021.

CINTRA, Késia Cintra Muniz Késia Regina et al. Conhecimentos e atitudes dos cirurgiões-dentistas da atenção básica sobre ortodontia preventiva e interceptora. **Itinerarius Reflectionis**, v. 17, n. 1, p. 01-24, 2021.

CORRÊA, Livia Litsue Gushi et al. Fatores associados à cárie dentária em adolescentes: um estudo transversal, estado de São Paulo, 2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, p. e2019523, 2020.

GONÇALVES, Stefani Almeida et al. Influência dos fatores emocionais na saúde bucal e orofacial. **Revista de Odontologia Contemporânea**, v. 4, n. 1 Supl 2, p. 38-38, 2020.

IFANGER, Ihanael et al. Engajamento digital: ações informativas sobre a saúde mental e os cuidados com a saúde bucal de pacientes com transtornos psiquiátricos. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 49, n. Especial, p. 32-0, 2021.

LAMPERT, Luciana; BAVARESCO, Caren Serra. Atendimento odontológico à gestante na atenção primária à saúde: revisão de literatura. **Revista Saúde & Ciência Online**, v. 6, n. 2, p. 81-112, 2017.

LIMA, Maria Mirene Louzada Eller et al. Influência do estresse emocional na saúde bucal de estudantes universitários. **Anais do Seminário Científico do UNIFACIG**, n. 6, 2021.

LOPES, Érica Nicácia Reis et al. Prejuízos fisiológicos causados pela perda dentária e relação dos aspectos nutricionais na Odontogeriatría. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, p. e45810111730-e45810111730, 2021.

MANHÃS, Viviane. **Consequências da Maloclusão**. Goiânia: Barini Ortodontia, 2019. Disponível em: <https://bariniortodontia.com.br/consequencias-da-maloclusao/>. Acesso em: 01 abr. 2021

MARTINS, Letícia Pereira et al. Má oclusão e vulnerabilidade social: estudo representativo de adolescentes de Belo Horizonte, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 393-400, 2019.

MATOS, Emmanoel Matheus de Oliveira et al. A importância da atuação do Cirurgião-Dentista na Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS): uma revisão bibliográfica. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 3, p. 4383-4395, 2020.

MEDEIROS, Bruna Prade; GROSSMANN, Eduardo; BAVARESCO, Caren Serra. Prevalência da disfunção temporomandibular em atletas: revisão integrativa. **BrJP**, São Paulo, v. 1, p. 1-5, 2021.

NASCIMENTO, Antonia Mayara Barroso do; SILVA, Dugleise Braz; FERREIRA, Guadalupe Sales. **Avaliação de saúde bucal em pessoas com transtornos mentais do CAPS Jael Patrício De Lima-Aracaju/SE (UNIT-SE)**. 2020. 25f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia)–Universidade Tiradentes. Aracaju, 2020.

OLIVEIRA, Juliana Santos et al. Promoção de saúde bucal e extensão universitária: novas perspectivas para pacientes com necessidades especiais. **Revista da ABENO**, v. 15, n. 1, p. 63-69, 2015.

PARAGUASSU, Éber Coelho. O manejo da doença periodontal e peri-implantar. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 2, n. 8, p. 26-36, 2020.

PIMENTEL, Tarciso Passos. Autopercepção dos cirurgiões dentistas da atenção básica no atendimento à pacientes portadores de necessidades especiais em município do Recôncavo da Bahia. 2019. 50 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia)–Faculdade Maria Milza, Governador Mangabeira – BA, 2019.

SAMPAIO, Eliane Ferreira; CÉSAR, Fátima Neves; MARTINS, Maria da Glória Almeida. Perfil odontológico dos pacientes portadores de necessidades especiais atendidos no Instituto de Previdência do Estado do Ceará. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 17, n. 3, p. 127-134, 2004.

SANTOS, Daniela Cristina Mendes et al. Hiperplasia gengival induzida por nifedipina: um relato de caso. **Facit Business and Technology Journal**, v. 2, n. 19, 2020.

SANTOS, Danila Lorena Nunes dos et al. Perspectiva multiprofissional sobre a saúde bucal de pacientes de uma instituição psiquiátrica. **Revista de Pesquisa em Saúde**, v. 19, n. 1, 2019.

CAPÍTULO XII

ESTRATÉGIAS E AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

*Janaína Lúcio Dantas
Lucas de Carvalho Siqueira
Eulampio Dantas Segundo*

SILVA, Cosmo Helder Ferreira da et al. Atendimento odontológico a hipertensos e diabéticos na atenção primária à saúde. **Revista Destaques Acadêmicos**, v. 11, n. 3, p. 152-164, 2019.

SOUSA, Milena Nunes Alves de et al. Oral health conditions in old age: older adults' perception. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 7, spe., p. 6610-6616, 2013.

SOUZA, Neila et al. Promoção de saúde bucal e humanização por meio de recursos lúdicos. **e-RAC**, v. 7, n. 1, p. 1, 2017.

SOUZA, Tatyana Maria Silva de; RONCALLI, Angelo Giuseppe. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 2727-2739, 2007.

SPEZZIA, Sérgio; BERTOLINI, Silvia Regina. Ensino odontológico para pacientes especiais e gestão em saúde. **Journal of Oral Investigations**, v. 6, n. 1, p. 85-98, 2017.

INTRODUÇÃO

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, a partir da reforma sanitária, possibilitou a ampliação da Produção Social da Saúde, de forma interdisciplinar. No cenário da saúde mental, a Reforma Psiquiátrica trouxe consigo a introdução do Paradigma da Atenção Psicossocial, com o objetivo de superação da lógica da institucionalização. No decorrer dos anos, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram configurados como equipamentos estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), seguindo a lógica de substituir as instituições manicomiais por uma rede de suporte baseada no cuidado intensivo, comunitário e promotor da vida (JAFELICE; MARCOLAN, 2017).

Torna-se importante ressaltar a eficácia de um trabalho multiprofissional que ocorre dentro dos CAPS, ainda sob um saber

limitado, mas que vem conseguindo encontrar ferramentas e mecanismos responsáveis por possibilitar o fortalecimento da saúde mental, assim como oportunidades para que o usuário do serviço possa pensar, agir, interagir de forma diferenciada, levando a uma independência e empoderamento das suas emoções e ações cotidianas (ROCHA; SILVA, 2018).

A atuação do nutricionista enquanto profissional integrante da equipe multiprofissional da Atenção Primária à Saúde (APS) é pautada pelo compromisso do conhecimento técnico, da realidade epidemiológica e das estratégias e ferramentas de ação em saúde coletiva. Assim, a atenção nutricional é compreendida como os cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados à promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos. Ela aborda todo o ciclo de vida, priorizando as pessoas mais vulneráveis. (BRASIL, 2015; BRASIL, 2011).

A Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN) define como obrigação do Estado a garantia do direito humano à alimentação adequada (DHAA) a todos os que vivem no país, com base no conceito de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN). Essa é compreendida como a realização do direito de todos ao acesso regular e de forma permanente a alimentos de qualidade, com quantidade suficiente, tendo como base práticas nutricionais promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural, o meio ambiente, a economia e sustentabilidade (BRASIL, 2015).

A realização da garantia desse direito fundamental está nos CAPS I, II e III, e estabelece que as pessoas devem receber uma refeição diária de quatro em quatro horas. Os assistidos em dois turnos (oito horas) têm direito a duas refeições diárias e os pacientes que utilizam o serviço por 24 horas contínuas (CAPS III) devem receber quatro refeições diárias (BRASIL, 2004). O nutricionista

é um dos profissionais que compõem a equipe multiprofissional do CAPS. Seu papel é imprescindível no âmbito da atenção nutricional primária, principalmente no que tange à contribuição do DHAA e da promoção da saúde mental, atuando de forma complementar na prevenção e tratamento dos distúrbios através do poder dos nutrientes (BRASIL, 2004; SILVA, 2015).

O presente capítulo traz as estratégias e possíveis ações do nutricionista para a promoção da saúde mental, explorando seu papel ativo na prevenção e tratamento dos transtornos mentais. Além da educação alimentar e nutricional (EAN), cabem-lhe ações individuais e coletivas na promoção da alimentação saudável contribuindo para o adequado funcionamento fisiológico cerebral e para a autonomia das escolhas alimentares dos indivíduos.

Este capítulo tem como objetivo demonstrar ações de alimentação e nutrição que podem ser desenvolvidas pelos nutricionistas e em conjunto com outros profissionais para a promoção da saúde mental, assim como atualizar o conhecimento de dietas e alimentos que atuam na função cognitiva e cerebral.

ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA NA SAÚDE MENTAL

A profissão do nutricionista foi regulamentada no Brasil pela Lei nº 8.243 de 17 de setembro de 1991. Em 2005, a Resolução nº 380 de 28 de dezembro de 2005, do Conselho Federal de Nutricionista traz suas atribuições e áreas de atuação. Recentemente, esta resolução foi revogada pela resolução nº 600 de 25 de fevereiro de 2018. Compete ao nutricionista da área da Saúde Coletiva: organização, coordenação, supervisão e avaliação dos serviços de nutrição, assim como prestar assistência dietoterápica, além de promover a educação alimentar e nutricional da coletividade ou

dos indivíduos, sadios ou enfermos, em instituições públicas ou privadas. O nutricionista da área de saúde coletiva também está apto a participar de inspeções sanitárias (CFN, 2018).

A Estratégia de Saúde da Família é o modelo de organização da atenção básica em saúde brasileira. Com o objetivo de ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização e a regionalização, bem como a ampliação das ações da APS no Brasil, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. A equipe NASF é composta por diferentes áreas de conhecimento que atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família (SF), compartilhando e apoiando as ações nos territórios sob-responsabilidade das equipes de SF. Entre os profissionais estão: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, profissional da educação física, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional (BRASIL, 2008).

Entre os princípios do NASF se destaca a integralidade que pode ser compreendida em três sentidos: (a) abordagem integral do indivíduo levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural, com garantia de cuidado longitudinal; (b) práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura; e (c) organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção, conforme as necessidades de sua população. As equipes de Saúde da Família precisam ter o apoio e trabalharem próxima aos profissionais e serviços de saúde mental. O trabalho conjunto das equipes de SF e Saúde Mental potencializa o cuidado e facilita uma abordagem integral, aumentando a qualidade de vida dos indivíduos e comunidades (BRASIL, 2010).

O caderno de Atenção Básica nº 39, traz a proposta de construção de uma agenda de trabalho do NASF, contemplando as

diversidades e as amplas possibilidades de ação que podem ser realizadas no trabalho integrado com as equipes de SF e com os outros equipamentos sociais presentes no território. Entre elas, se destacam: reuniões de matriciamento com as equipes de AB, atendimentos domiciliares (específicos e compartilhados), grupos e atividades coletivas (específicas e compartilhadas), elaboração de materiais de apoio, rotinas, protocolos e outras ações de educação permanente, reunião entre os profissionais do NASF e, se possível, com profissionais de outros Núcleos e de outros pontos de atenção do município (BRASIL, 2014).

As reuniões de matriciamento são consideradas essenciais para organização e execução do trabalho. Basicamente, são configuradas por meio da discussão de casos ou temas propostos pelos profissionais, obtendo-se um diagnóstico de necessidades e levantamento/planejamento de ações que possam ser desenvolvidas.

A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), Rede de Atenção Psicossocial (raps), Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS. As principais características das RAS são a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a Atenção Básica como centro da comunicação; a o foco nas necessidades de saúde da população; a responsabilização pela atenção contínua e integral; o cuidado multiprofissional; o compartilhamento de objetivos e o compromisso com resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2010).

Sauceda et al. (2017), visando à necessidade de atividades terapêuticas que envolvem saúde e alimentação propuseram um grupo de Educação em Saúde em um CAPS no Rio Grande do Sul. Os autores destacaram que o nutricionista possui um importante papel no CAPS e sua atuação deve ser envolvida na promoção de

hábitos alimentares saudáveis através da EAN, visando ao bem-estar do usuário. Entre os resultados, o autor observou que os participantes das reuniões com essa finalidade eram estimulados a compartilhar suas experiências e vivências em torno da alimentação, como ponto de partida para expressar suas dificuldades, emoções e fragilidades, tornando-se um espaço de promoção da saúde com foco multiprofissional.

Mattos, Rocha e Rodrigues (2018) relataram no seu estudo a experiência de nutricionistas residentes em um Programa Multiprofissional em Saúde Mental com oficinas de horticultura como ferramenta de cuidado em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas. Observou-se que a horta favoreceu a inclusão dos profissionais de Nutrição à equipe do CAPS, partindo para uma discussão da segurança alimentar e nutricional, da promoção da alimentação saudável e do direito humano à alimentação adequada dos usuários.

De acordo com o Marco de EAN, além de serem desenvolvidas ações educativas em escolas e creches, locais de esporte e lazer os nutricionistas precisam aprofundar o conhecimento das diferentes práticas alimentares da população brasileira e desenvolver instrumentos teóricos, metodológicos e práticos que a beneficiem (BRASIL, 2012a).

A promoção da alimentação adequada e saudável (PAAS) deve ser entendida como uma vertente da Promoção da Saúde sob a ótica dos fatores condicionantes da saúde, de forma intersetorial e com participação popular, incentivando escolhas alimentares adequadas e que considerem os significados culturais, comportamentais, políticos e econômicos das comunidades (BRASIL, 2012b).

De acordo com Young, et al. (2016), os fatores nutricionais são de suma importância para o bem-estar mental, uma vez que o cérebro é responsável por manter uma alta atividade metabólica, com estruturas em constante funcionamento e que demandam

um aporte adequado de energia e nutrientes, principalmente carboidratos, proteínas, gorduras poliinsaturadas, e micronutrientes como as vitaminas e minerais (SARRIS, 2016).

Desta forma o nutricionista é o profissional habilitado para avaliar o estado nutricional do indivíduo, sabendo assim identificar suas necessidades, compreendendo sua individualidade biológica, seu funcionamento bioquímico e metabólico e seus hábitos culturais. Ele integra a equipe que promove a saúde mental e previne os transtornos ou agravos que comprometem o funcionamento cerebral e as relações psicossociais.

A RELAÇÃO ENTRE NUTRIÇÃO E TRANSTORNOS MENTAIS

Apesar de ainda ser pouco conhecida entre os nutricionistas e profissionais da saúde a conexão entre nutrição e saúde mental, a dieta possui um papel fundamental na prevenção dos transtornos mentais, assim como o seu início, gravidade e tempo de duração a depender do distúrbio em questão (FIRTH et al., 2019).

MACRONUTRIENTES E HUMOR

Zhang et al. (2015) analisaram a influência da restrição calórica e dos carboidratos da alimentação na saúde mental e fizeram os seguintes apontamentos:

Existem alguns tipos de dietas que estão mais propensas a influenciar o estado mental negativamente nos casos de transtornos depressivos e de ansiedade. São elas as dietas restritas em calorias, restritas em carboidratos, o jejum prolongado e a ingestão de carboidratos refinados como açúcar, pois esses tipos de dietas causam instabilidade nos níveis de glicemia, o que piora

a regulação da liberação de insulina, promovendo inflamação e estresse oxidativo ligados a transtornos mentais, principalmente, os advindos de neuroinflamação.

É recomendável que o nutricionista oriente para que a pessoa com transtornos tenha uma alimentação regular, evitando jejuns muito prolongados, uma vez que o longo período de restrição calórica leva a maiores flutuações do humor e irritabilidade, comumente evoluindo para compulsões alimentares. É indicado que ele incentive a ingestão de fontes de carboidratos complexos, fontes de fibras, como uma das estratégias de promoção da saciedade e regulação do apetite.

Breymeyer et al. (2015) conduziram um estudo no qual avaliou o humor e os níveis de glicemia em adultos eutróficos, com sobrepeso ou obesidade após fazerem uso de dietas com carboidratos de alto índice glicêmico e baixo índice glicêmico. Eles observaram ao final do experimento que os indivíduos que fizeram uso da dieta de alto nível glicêmico foram associados a índices aumentados de depressão, distúrbios do humor e fadiga quando comparados com os que realizaram dieta de baixo índice glicêmico.

Young et al. (2002), Crocket et al. (2009) e Toker et al. (2010) evidenciaram em seus estudos os seguintes pontos a respeito da influência das proteínas e aminoácidos na saúde mental:

O déficit de proteínas, principalmente aquelas de alto valor biológico, leva a uma menor disponibilidade de aminoácidos essenciais, o que conseqüentemente, compromete a síntese de neurotransmissores. Sendo assim, a ingestão diária de proteínas de qualidade é fundamental para prevenir e combater distúrbios do humor.

A proteína é um dos principais macronutrientes que tem influência no humor, pois as suas unidades estruturais, os aminoácidos (aa), são essenciais para a saúde mental, uma vez que eles são precursores de neurotransmissores relacionados ao humor.

É importante destacar o triptofano, a tirosina e a glutamina. O triptofano é considerado um aa essencial e precursor único do neurotransmissor serotonina. A tirosina é um aa não essencial, precursora das catecolaminas (dopamina, noradrenalina e adrenalina), e a glutamina (aa não essencial) é precursora do neurotransmissor inibitório, o ácido gama-aminobutírico (GABA).

Linseth, Helland e Caspers (2015) realizaram um ensaio clínico randomizado com adultos jovens saudáveis, no qual foram avaliadas as diferenças na ansiedade, depressão e humor após o consumo de uma dieta rica e uma dieta pobre no aa essencial triptofano durante 4 dias, com intervalo de 2 semanas entre a adesão de uma dieta e outra. Ao final do experimento os pesquisadores notaram uma diferença estatisticamente significativa para a dieta rica em triptofano que foi associada a um menor índice de sintomas depressivos e diminuição da ansiedade.

Em relação à associação entre os lipídios da dieta e a saúde mental Walsh (2014) e Shahidi e Ambigaipalan (2018) evidenciaram os seguintes pontos:

O sistema nervoso central (SNC) possui a maior concentração de lipídios no organismo após o tecido adiposo. O cérebro é particularmente enriquecido com ácidos graxos poliinsaturados (PUFA) principalmente o ômega-3 (ω -3) e ômega-6 (ω -6). Há evidências que após a adequação dietética ou a suplementação desses nutrientes ocorrem melhoras em diversos quadros envolvendo morbidades clínicas como doenças cardiovasculares, diabetes, doença de Alzheimer e, recentemente, os transtornos de humor.

Os PUFA têm um papel importante na provisão de fluidez das membranas celulares, além de auxiliarem na comunicação entre as células cerebrais. Nas sinapses cerebrais,

ocorre a propagação do impulso nervoso a partir do envolvimento de quatro tipos de gorduras que compõem mais de 90% do conteúdo lipídico cerebral: o ácido docosaenoico (DHA) e o

ácido eicosapentanoico (EPA), ambos pertencentes à família do ω -3; o ácido araquidônico (AA) e o ácido di-homo-gama-linoleico (DGLA). A deficiência de DHA tem sido associada com a depressão, transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), esquizofrenia, distúrbio bipolar e demência.

MICRONUTRIENTES E HUMOR

Os micronutrientes estão envolvidos em vários aspectos da função cognitiva. As vitaminas e minerais intervêm como reguladores do metabolismo celular participando como cofatores enzimáticos tanto no metabolismo dos macronutrientes, como também nas reações que dizem respeito à síntese de neurotransmissores e suas funcionalidades. Desta forma, dietas ricas em micronutrientes específicos podem retardar o declínio cognitivo contribuindo para prevalência de um estado mental saudável (SKULLY; SALEH, 2011).

Sobre a relação dos micronutrientes e o humor são ressaltadas as consequências da deficiência desses nutrientes para a saúde mental:

O funcionamento adequado do sistema nervoso central depende de uma gama de micronutrientes, o ácido fólico, vitamina B12 e vitamina B6 desempenham papéis específicos nos processos de metilação e descarboxilação responsáveis pela síntese e integridade do DNA, proteínas, fosfolipídios e neurotransmissores de monoaminas e catecolaminas. A vitamina C é o antioxidante mais prevalente no cérebro, com maiores concentrações advindas das áreas ricas em neurônios. Evidências sugerem que sua propriedade doadora de elétrons é um cofator essencial para processos bioquímicos que dizem respeito à maturação neural, neuroproteção e neurotransmissão (KENNEDY et al., 2010).

Zinco é um metal essencial em vários processos bioquímicos e fisiológicos relacionados ao crescimento, à função cerebral e ao metabolismo celular. A deficiência de zinco é um dos desequilíbrios químicos mais frequentemente notados em populações acometidas por algum distúrbio mental, com uma estimativa de aproximadamente 90% dos indivíduos diagnosticados com depressão e distúrbios de comportamento, TDHA, autismo e esquizofrenia mostram uma depleção dos níveis plasmáticos de zinco, com uma variação do nível inferior-normal até a deficiência severa. Para suprir as necessidades de zinco, as principais fontes alimentares são carnes bovinas, peixes, aves, leite, queijos, frutos do mar, cereais de grãos integrais, gérmen de trigo, feijões, nozes, amêndoas, castanhas e semente de abóbora (CRUZ; SOARES, 2011; WALSH, 2014; WANG et al., 2018).

Magnésio é outro micronutriente essencial para a atividade adequada de muitos processos bioquímicos e fisiológicos, como a replicação. É comumente encontrado em nozes, sementes, vegetais verdes folhosos e grãos. Os níveis plasmáticos ideais de magnésio são fundamentais para as funções do SNC, além de desempenhar um papel importante para prevenção da doença de Alzheimer, diabetes, derrame cerebral, hipertensão, enxaquecas e TDAH (WANG et al., 2018).

Selênio, oligoelemento essencial, vital para o bom funcionamento de muitas selenoproteínas envolvidas na defesa antioxidante cerebral e no sistema nervoso como um todo, entre elas se destacam a tioredoxina redutase (TrxR), as glutatônicas peroxidases (GPX) e as selenoproteínas P (SEPP). De um modo geral o selênio se faz presente em diversos alimentos, as carnes bovinas, de frango e peixes, assim como os ovos que são alimentos ricos em proteínas e apresentam maiores concentrações de selênio. Os alimentos de origem vegetal como as frutas e hortaliças são fontes pobres em selênio por apresentarem uma menor fração proteica

em sua constituição, entretanto alguns vegetais são considerados “acumuladores” desse mineral, como o brócolis, a cebola e a castanha-do-brasil. (COMINETTI et al., 2011; WANG et al., 2018; COZZOLINO, 2020).

A INFLUÊNCIA DA DIETA NAS FUNÇÕES COGNITIVAS

Campos, Valente e Andrade (2020) ressaltam a importância da nutrição como um fator modificável para a prevenção ou retardo do surgimento da demência. As autoras citam três estratégias de dietas: a dieta do mediterrâneo, a dieta DASH (*Dietary approaches to stop hypertension*) e a MIND (*Mediterranean intervention for neurodegenerative delay*).

A dieta do mediterrâneo é caracterizada pela diminuição nos padrões da lipoproteína que auxilia a função cardiovascular e vem mostrando efeitos na manutenção das funções cognitivas. O padrão alimentar desta dieta é marcado pelo uso das gorduras monoinsaturadas, como o azeite de oliva, alta ingestão de hortaliças, frutas e cereais minimamente processados. Entre os principais componentes alimentares associados à prevenção para doenças cardiovasculares (DVCs), acidente vascular cerebral e declínio cognitivo associado à idade e doença de Alzheimer destacam-se: ácido graxo poliinsaturado ômega 3, oleaginosas, azeite de oliva, vinho, flavonoides de frutas e hortaliças, café, cacau (MARTÍNEZ-LAPISCINA et al., 2013; ROMÁN et al., 2019; SÁNCHEZ-MUNIZ et al., 2019).

A dieta DASH tem sido associada à redução da pressão arterial sistêmica. Essa estratégia estimula a ingestão frequente de frutas, hortaliças, laticínios com baixo teor de gordura, grãos integrais, aves, peixes e nozes. A utilização desta dieta em pacientes idosos demonstra associação com redução do declínio cognitivo.

A dieta MIND propõe a associação entre a dieta do mediterrâneo e a DASH, destacando o consumo de folhas verde-escuras e frutas vermelhas. Moris et al. (2016) realizaram uma proposta de pontuação positiva ou negativa (Quadro 1) que inclui ou exclui a presença de alimentos apontados na prevenção de doenças neurodegenerativas e que apresentam impacto sobre o déficit cognitivo. O autor sugere baixa adesão à dieta uma pontuação de 2,5 a 6,5 pontos; adesão moderada – 7 a 8 pontos e alta adesão a dieta – 8,5 a 12,5 pontos (Quadro 1).

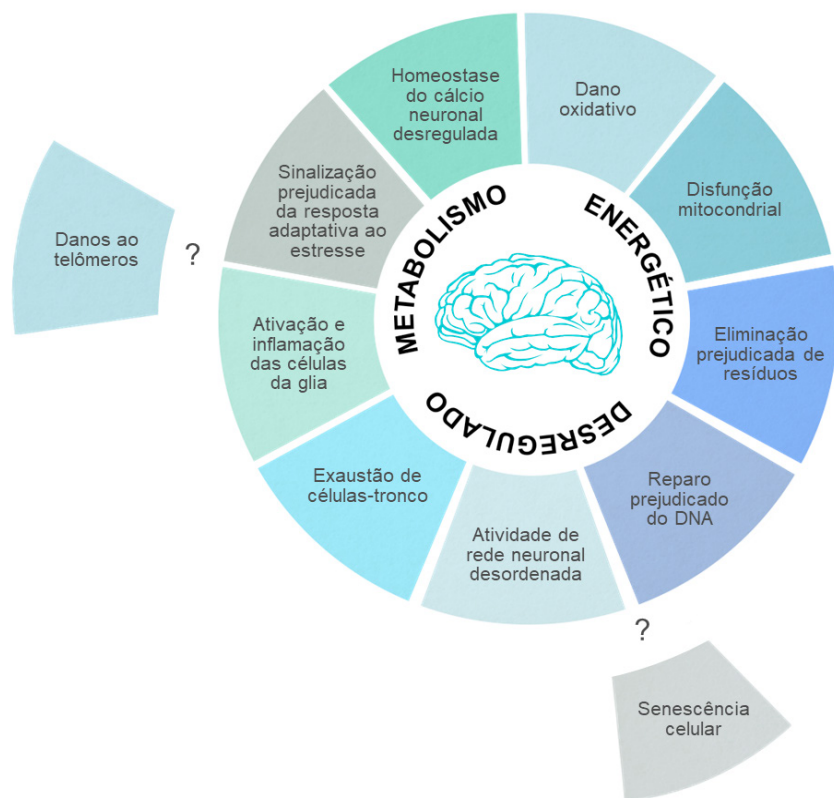
QUADRO 1: PONTUAÇÕES PARA OS DIFERENTES GRUPOS DE ALIMENTOS EM RELAÇÃO A SEU POTENCIAL DE PREVENÇÃO DE DOENÇAS NEURODEGENERATIVAS E DEFICIÊNCIA COGNITIVA.

Alimentos	(Mediterranean intervention for neurodegenerative delay): alimentos que pontuam positivamente e negativamente		
	0 ponto	0,5 ponto	1 ponto
Folhas verdes	Menor ou igual a 2 porções por semana	2-6 porções por semana	Maior ou igual a 6 porções por semana
Hortaliças	Menos de 5 porções por semana	5-7 porções por semana	Maior ou igual a 1 porção por dia
Berries	Menos de 1 porção por semana	1 porção por semana	Maior ou igual a 2 porções por semana
Oleaginosas	Menos de 1 porção por semana	1 porção por mês-menos de 5 porções por semana	Maior ou igual a 5 porções por semana
Azeite de oliva	Não utilizar como óleo principal	-	Usar como óleo principal
Manteiga e margarina	Mais de 2 colheres de sopa por dia	1-2 colheres por dia	Menos de 1 colher de sopa por dia
Queijos	7 ou mais porções por semana	1-6 porções por semana	Menos de 1 colher de sopa por semana
Grãos inteiros	Menos de uma porção por dia	1-2 porções por dia	Maior ou igual a 3 porções por dia
Peixe (não frito)	Raramente	1-3 refeições por mês	Maior ou igual a 1 refeição por semana
Feijão e leguminosas	Menos de uma refeição por semana	1-3 refeições por semana	Maior ou igual a 3 refeições por semana
Frango (não frito)	Menos de uma refeição por semana	1 refeição por semana	Maior ou igual a 2 refeições por semana
Carne vermelha	Mais de 7 refeições por semana	4-6 refeições por semana	Menos de 1 vez por semana
Fast-food	4 ou mais vezes por semana	1-3 vezes por semana	Menos de 6 porções por semana
Doces	7 ou mais porções por semana	5-6 porções por semana	Menos de 5 porções por semana
Vinhos	Nunca consumir ou consumir mais de 1 taça por dia	1 taça ao mês – 6 taças por semana	1 taça por dia

Fonte: Morris et al. (2015).

É sabido que as capacidades funcionais do cérebro tendem a diminuir progressivamente durante o envelhecimento, sendo considerado um processo fisiológico natural da idade. Entretanto é de pertinência ser destacada a influência dos fatores ambientais nesses diversos processos em níveis celular e molecular, que levam a um comprometimento da função cognitiva durante o tempo, conforme é ilustrado na figura 1.

FIGURA 1: FATORES ENVOLVIDOS NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO CEREBRAL RELACIONADOS AO COMPROMETIMENTO COGNITIVO.



Fonte: Adaptada de Mark e Thiruma (2018).

Entre os marcadores envolvidos com o envelhecimento cerebral, 10 interagem com o eixo central (metabolismo energético desregulado), identificando que a nutrição e o metabolismo dos nutrientes têm papel decisivo na saúde mental. Presença de telômeros danificados e senescência celular não são relacionadas diretamente com o metabolismo energético, mas consideradas relevantes na atuação de tecidos periféricos proliferativos e envelhecimento neurológico no longo prazo (MARK; THIRUMA, 2018).

Apesar do envelhecimento cerebral inevitavelmente ocorrer ao longo da vida, é possível retardar a sua progressão a partir da identificação, em particular, de fatores associados ao estilo de vida, que se modificados desde cedo contribuem para proteção cerebral precoce de forma a melhor preservar as funções cognitivas com o passar dos anos (VAN DE REST et al., 2015).

CONCLUSÃO

Tendo em vista todos os aspectos abordados, é imprescindível que o nutricionista e demais profissionais da área da saúde percebam a importância das estratégias de promoção da alimentação saudável. Existe um elo entre o ato de comer e o cuidado em torno do processo e do cuidado psicossocial.

A EAN tende a oferecer estratégias voltadas para o cuidado nutricional, coadjuvante da promoção da saúde mental e tratamento complementar para diversos distúrbios psíquicos. Por isso, é necessário reconhecer a importância da inserção do nutricionista nos espaços da saúde coletiva.

O nutricionista deve buscar cada vez mais adquirir e compartilhar informações a respeito da prevenção e do tratamento das doenças mentais de forma a atualizar o conhecimento teórico com a prática clínica baseada em evidências, um processo a ser

construído no contexto da educação continuada. O nutricionista enriquece a equipe multiprofissional, por suas propostas de intervenção baseadas em conhecimento informado.

Dessa forma, as estratégias nutricionais, com ênfase na utilização das propriedades dos alimentos e aporte adequados de nutrientes podem aproveitar a riqueza e variedade de alimentos que propiciam refeições equilibradas e corroboram os tratamentos dos pacientes com transtornos mentais e prevenção das doenças psíquicas e neurológicas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília: MS, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.715, de 17 de novembro de 2011**. Atualiza a política nacional de alimentação e nutrição. Brasília: MS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: MS, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Cadernos de Atenção Básica, n. 39. Brasília: MS, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: MS, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: MS, 2004.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). **Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas**. Brasília: MDSCF, 2012.

BREYMEYER, K. L. et al. Subjective mood and energy levels of healthy weight and overweight/obese healthy adults on high- and low-glycemic load experimental diets. **Appetite**, v. 107, p. 253-259, 2016.

CFN. Conselho Federal de Nutricionistas. **Resolução nº 599, de 25 de fevereiro de 2018**. Aprova o Código de Ética e de Conduta do Nutricionista e dá outras providências. Brasília: CFN; 2018. Disponível em: http://www.cfn.org.br/wpcontent/uploads/resolucoes/Res_599_2018.htm. Acesso em: 04/04/2021.

CFN. Conselho Federal de Nutricionistas. **Resolução nº 600, de 25 de fevereiro de 2018**. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, indica parâmetros numéricos mínimos de referência, por área de atuação, para a efetividade dos serviços prestados à sociedade e dá outras providências. Diário Oficial da União, v. 23, p. 1-55, 2018. Disponível em: https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/Res_600_2018.htm. Acesso em: 04/04/2021.

COMINETTI, C. et al. Estresse oxidativo, selênio e nutrigenética. **Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim**, v. 36, n. 3, p. 131-153, dez. 2011.

COZZOLINO, S. M. F. **Biodisponibilidade de Nutrientes**. 6. ed. São Paulo: Manole, 2020.

CROCKETT, M. J. et al. Reconciling the role of serotonin in behavioral inhibition and aversion: acute tryptophan depletion abolishes punishment-induced inhibition in humans. **Journal of Neuroscience**, v. 29, n. 38, p. 11993-11999, 2009.

CRUZ, J. B. F.; SOARES, H. F. Uma revisão sobre o zinco. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, v. 15, n. 1, p. 207-222, 2011.

FIRTH, J. et al. Food and mood: How do diet and nutrition affect mental wellbeing? **BMJ**, 2020, 369, m2382.

JAFELICE, G. T.; MARCOLAN, J. F. O trabalho multiprofissional nos Centros de Atenção Psicossocial de São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 2131-2138, 2018.

KENNEDY, D. O. et al. Effects of high-dose B vitamin complex with vitamin C and minerals on subjective mood and performance in healthy males. **Psychopharmacology**, v. 211, n. 1, p. 55-68, 2010.

LINDSETH, G.; HELLAND, B.; CASPERS, J. The effects of dietary tryptophan on affective disorders. **Archives of psychiatric nursing**, v. 29, n. 2, p. 102-107, 2015.

MARK, M. P.; THIRUMA, A. V. Hallmarks of brain aging: adaptive and pathological modification by metabolic states. **Cell metabolism**, v. 27, n. 6, p. 1176-1199, 2018.

MARTÍNEZ-LAPISCINA, E. H. et al. Mediterranean diet improves cognition: the PREDIMED-NAVARRA randomised trial. **Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry**, v. 84, n. 12, p. 1318-1325, 2013.

MATTOS, A. C. E.; ROCHA, L. S.; RODRIGUES, L. Dialogando sobre alimentação e nutrição na saúde mental: Ações promotoras de saúde por meio de oficinas de horticultura. **Revista da Associação Brasileira de Nutrição-RASBRAN**, v. 9, n. 2, p. 17-24, 2018.

MORRIS, M. C. et al. MIND diet slows cognitive decline with aging. **Alzheimer's & dementia**, v. 11, n. 9, p. 1015-1022, 2015.

RECINE, E.; CARVALHO, M. F.; LEÃO, M. **O papel do nutricionista na atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Federal de Nutricionistas, 2015.

ROCHA, D. S.; SILVA, D. G. Intervenções de saúde mental: o discurso da equipe multiprofissional de um centro de atenção psicossocial (CAPS). **Revista Interdisciplinar**, v. 11, n. 4, p. 50-56, 2018.

ROMÁN, G. C. et al. Mediterranean diet: The role of long-chain ω -3 fatty acids in fish; polyphenols in fruits, vegetables, cereals, coffee, tea, cacao and wine; probiotics and vitamins in prevention of stroke, age-related cognitive decline, and Alzheimer disease. **Revue neurologique**, v. 175, n. 10, p. 724-741, 2019.

SÁNCHEZ-MUNIZ, F. J. et al. The nutritional components of beer and its relationship with neurodegeneration and Alzheimer's disease. **Nutrients**, v. 11, n. 7, p. 1558, 2019.

SARRIS, J. et al. Nutritional medicine as mainstream in psychiatry. **The Lancet Psychiatry**, v. 2, n. 3, p. 271-274, 2015.

SAUCEDA, M. et al. Ações de educação nutricional no âmbito da saúde mental em um Centro de Atenção Psicossocial (caps) da fronteira oeste do rio grande do sul. **Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão**, v. 9, n. 3, 2017.

SILVA, C. K. D. **Sentidos atribuídos por profissionais de saúde à atenção nutricional na assistência integral no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no município de Picuí-PB**. Trabalho de Conclusão de Curso – Bacharelado em Nutrição – Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2015.

SHAHIDI, F.; AMBIGAIPALAN, P. Omega-3 Polyunsaturated Fatty Acids and Their Health Benefits. **Annual Review of Food Science and Technology**, v. 9, p. 345–381, 2018.

SKULLY, R.; SALEH, A. S. Aging and the Effects of Vitamins and Supplements. **Clinics in geriatric medicine**, v. 27, n. 4, p. 591-607, 2011.

TOKER, L. et al. The biology of tryptophan depletion and mood disorders. **The Israel journal of psychiatry and related sciences**, v. 47, n. 1, p. 46, 2010.

VAN DE REST, O. et al. Dietary patterns, cognitive decline, and dementia: a systematic review. **Advances in nutrition**, v. 6, n. 2, p. 154-168, 2015.

WALSH, W. J. **O Poder dos Nutrientes: Como a Bioquímica Natural Está Substituindo os Remédios Psiquiátricos no Trata-**

mento de Distúrbios Mentais. 1 ed. Rio de Janeiro: Versal, 2018. 260 p.

WANG, J. et al. Zinc, magnesium, selenium and depression: a review of the evidence, potential mechanisms and implications. **Nutrients**, v. 10, n. 5, p. 584, 2018.

YOUNG, H. A. et al. Is the link between depressed mood and heart rate variability explained by disinhibited eating and diet?. **Biological psychology**, v. 123, p. 94-102, 2017.

YOUNG, S. N.; LEYTON, M. The role of serotonin in human mood and social interaction: insight from altered tryptophan levels. **Pharmacology Biochemistry and Behavior**, v. 71, n. 4, p. 857-865, 2002.

ZHANG, Y. et al. The effects of calorie restriction in depression and potential mechanisms. **Current neuropharmacology**, v. 13, n. 4, p. 536-542, 2015.

CAPÍTULO XIII

AÇÕES DA ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

*Milena Nunes Alves de Sousa
Débora César de Souza Rodrigues
Karla da Nóbrega Gomes
Tarciana Sampaio Costa
Francisco Arnaldo Nunes de Miranda*

INTRODUÇÃO

No Brasil, observam-se inúmeras conquistas no setor saúde, desde a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da Constituição Federal de 1988. A implantação do SUS provocou a necessidade de mudanças nas práticas de atendimento priorizando os cuidados preventivos e a promoção da saúde. Neste estudo, destaca-se a articulação entre os serviços da Atenção Básica (AB) e de Saúde Mental (SM), em consonância com os princípios das Reformas Psiquiátrica e Sanitária, e em seu seio, o diálogo entre a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Notadamente, a ESF reorganizou a atenção básica, reafirmando os princípios do SUS (VECCHIA; MARTINS, 2009). E o CAPS, foi implantado como um serviço intermediário entre o ambulatório e a internação psiquiátrica com a proposta terapêutica de uma prática clínica, capaz de permitir o estabelecimento de uma rede de sociabilidade (LUZIO; YASUI; 2010).

Embora as práticas desenvolvidas por esses serviços sejam direcionadas em perspectivas díspares, a proposta do SUS é de articulá-las, reconhecendo suas diferenciações. A APS deve ser considerada como um espaço privilegiado para as ações de saúde mental, pois, pela proximidade vicinal, ela pode atuar em interação com a comunidade e com a família. Por isso, é correto o direcionamento da incorporação da saúde mental, por meio dos CAPS, no primeiro nível de atenção, focando na integralidade, na articulação do cuidado e na compreensão dos indivíduos que sofrem transtornos mentais (RODRIGUES; MOREIRA, 2012).

Nesta perspectiva, as ações da enfermagem na promoção em saúde mental devem ser desempenhadas pelo enfermeiro inserido da ESF e em articulação com o enfermeiro atuante no CAPS.

Este capítulo propõe auxiliar no entendimento e na compreensão da atuação do enfermeiro nas práticas da promoção em saúde mental. Inicialmente discorre-se sobre os fatores condicionantes da saúde mental focos do diagnóstico situacional. Em seguida, descrevem-se as ações do enfermeiro na detecção precoce do sofrimento emocional; nos critérios clínicos significativos; e sua atuação em oficinas terapêuticas, terapia comunitária, práticas integrativas e na condução dos cuidados de suporte social. Por fim, faz-se uma explanação sobre a necessidade de se priorizarem práticas menos invasivas, considerando o encaminhamento à psicoterapia e à desmedicalização do sofrimento.

FATORES CONDICIONANTES EM SAÚDE MENTAL

O Brasil, na segunda metade do século XX passou por fortes mudanças no seu processo saúde-doença, frente às transformações na sua estrutura política, econômica e social. O país tornou-se predominantemente urbano, o que veio a modificar as condições de vida e de saúde da população (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014).

Essa transformação na distribuição de espaço, centralizado em centros urbanos, favoreceu o controle e a redução de alguns agravos, assim como para a emergência e expansão de outros, os quais são diretamente influenciados pelas gritantes desigualdades sociais (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014). Parece terem aumentado os transtornos neuropsiquiátricos, especificadamente, as desordens de ansiedade, humor e compulsão (ANDRADE et al., 2008; PEEN et al., 2010; BRUNONI et al., 2020).

A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS, 2008), conceitua os Determinantes e Condicionantes em Saúde como fatores sociais, culturais, econômicos, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais, que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e os fatores de risco na população. Nesse sentido, estudos corroboram que um percentual considerável de adultos brasileiros apresenta sintomas de transtornos mentais, com prevalência de transtornos depressivos. E que os números são maiores entre os indivíduos de classes sociais mais desfavorecidas, com níveis mais baixos de educação e renda (ALMEIDA-FILHO, 2004; BOSI, 2011; DIMENSTEIN et al., 2017).

A assertiva demonstra a dimensão na qual se encontram os transtornos mentais no Brasil e no mundo contemporâneo, com evidências de que tais eventos tenham relação com dados socioeconômicos, indicativos de que condições de pobreza aumentam

o risco de acometimento à saúde mental (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014). Portanto, os transtornos mentais são sensíveis aos fatores econômicos e culturais, por isso, são tão numerosos no mundo todo (BOSI et al., 2014). Eles acompanham a dificuldade de resolver problemas e o sentimento de desvalorização pessoal. E nesse sentido, é papel do Enfermeiro da Atenção Primária atuar na prevenção, tratamento e na busca de reinserção social das pessoas adoecidas. O Ministério da Saúde (2013) afirma que 55% das equipes de saúde da família recebem e são responsáveis por importante demanda de saúde mental.

Destarte, é fundamental a orientação do serviço para promoção, prevenção, socialização e o enfoque dos condicionantes do processo saúde-doença, bem como da articulação através da rede de serviços.

ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO NA DETECÇÃO PRECOCE DO SOFRIMENTO EMOCIONAL E CRITÉRIOS CLÍNICOS SIGNIFICATIVOS

O modelo de atenção à saúde no Brasil tem, no seu histórico, a prática com foco na doença. Um paradigma hospitalocêntrico e uma relação mercantilizada. Ao paciente restava o cuidado situado na recuperação do corpo individual e já adoecido, e todo esse processo era comandado pelo médico, considerado o único detentor do saber clínico (ALMEIDA; ROCHA, 1997). Esse modelo perdurou e ainda perdura nos serviços de saúde e na população, embora articulações multiprofissionais tentem modificá-lo (ANDRADE; BARRETO, BEZERRA, 2006).

No momento, em que o modelo de Saúde Mental era médico-centrado, o trabalho de enfermagem consistia em manter uma linha de autoridade, disciplina e controle do regime asilar, onde

reinava o preconceito contra os doentes e em relação aos profissionais que trabalhavam na área (SILVA; FONSECA, 2005).

Com a Reforma Sanitária, o modelo de atenção à saúde no Brasil, teve sua trajetória direcionada para a universalização do direito à saúde, tendo o SUS como marco dessa mudança. Ampliou-se o conceito de saúde que sobressai em relação à visão hospitalocêntrica da doença (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Para atingir os princípios doutrinários e organizacionais do SUS, foi implantada a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como um serviço de base territorial que possibilita a organização do trabalho de promoção saúde, prevenção e detecção precoce de doenças, incluindo os agravos mentais. Nessa atividade, o profissional enfermeiro exerce o principal papel que vai do planejamento das ações à execução da assistência. No caso do sofrimento emocional, o enfermeiro da ESF organiza seu trabalho de forma a incluir e ultrapassar os critérios clínicos e significativos para a cura, ampliando seu olhar para a detecção precoce de agravos e da dor mental (BRÊDA et al., 2005).

As intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças. Isso significa acreditar que a vida pode ter várias formas de ser percebida, experimentada e vivida. Para tanto, é necessário olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas (BRASIL, 2013, p. 23).

Na perspectiva da saúde mental de base territorial, a porta de entrada da prevenção são as diretrizes da Atenção Básica. A construção do vínculo ocorre através das consultas, encontros entre profissionais e usuários e intervenções, que a seu turno,

possibilitam a criação de instrumentos e estratégias de cuidado (BRASIL, 2013). O enfermeiro trabalha com busca ativa, detecção precoce, diagnóstico situacional e acompanhamento dos casos de potenciais transtornos, ou seja, de modo preventivo.

Nos dias e nas necessidades atuais, de acordo com Santos e Lopes (2007) para evitar consequências trágicas e irreversíveis que afetem o funcionamento do setor saúde, incluindo o tratamento dos problemas mentais, faz-se necessário adotar a prevenção, por meio do reconhecimento precoce e da ajuda para aqueles que estão sob risco.

Entre as estratégias em mãos do enfermeiro estão o rastreamento de problemas mentais; o aconselhamento para indivíduos e famílias em situações que os colocam em alto risco para desenvolvimento de transtornos emocionais; a constituição de grupos de autoajuda; visitas domiciliares de apoio; e intervenções intensivas em situações de alto risco envolvendo estresse e falta de suporte social, ambos indicativos de ocorrência de transtornos mentais.

Destaca-se a necessidade de uma rede de assistência nos diversos níveis de atenção dentro dos princípios da APS, o que constitui um desafio à Reforma Psiquiátrica por causa da mentalidade hospitalocêntrica da área (NEVES; LUCCHESI; MUNARI, 2010). E para rebater esse obstáculo, a formação de novos saberes para a execução de ações de cuidado integral à saúde é essencial e necessária, especialmente, para o profissional enfermeiro, ator relevante nas equipes de atenção à saúde (LOPES NETO; BOCARDI, 2007).

Diante do exposto, é urgente a necessidade de pensar e divulgar recursos e estratégias que complementem as competências direcionadas à atenção à pessoa em sofrimento psíquico e a sua família, em especial para o Enfermeiro que atua na detecção precoce do sofrimento e está na ponta do serviço de atendimento à Saúde Mental (SILVA; FONSECA, 2005).

SUPORTE SOCIAL E OFICINAS TERAPÊUTICAS

A atenção à saúde mental passou e tem passado por transformações decorrentes do processo da Reforma Psiquiátrica, que influenciou as ações e os modelos de atenção à saúde das pessoas em sofrimento psíquico (KANTORSKI et al., 2011).

Emergiram, assim, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), um serviço alternativo ao modelo hospitalocêntrico. O CAPS utiliza diversos recursos, tais como as atividades de apoio ao tratamento, para buscar a reabilitação psicossocial dos usuários, e tem como objetivo a reintegração do indivíduo à sociedade, em particular, a sua família e comunidade (KANTORSKI et al., 2011).

As atividades como suportes terapêuticos consistem nas visitas domiciliares, as oficinas terapêuticas, atendimentos individuais, atividades físicas e esportivas, festas, lazer e grupos. Tais recursos são fundamentais no atendimento do portador de transtorno mental, considerando que este necessita de cuidados terapêuticos que vão além da doença e que englobam as relações interpessoais na comunidade e território em que está inserido (KANTORSKI et al., 2011, p. 5).

Destacam-se, neste contexto, os cuidados de suporte social e a participação nas oficinas terapêuticas. Para Rauter (2000, p. 268) essas são estratégias da Reforma Psiquiátrica, uma vez que tais ações “passam fundamentalmente pela inserção do paciente psiquiátrico no trabalho ou em atividades artísticas, artesanais, ou em dar-lhe acesso aos meios de comunicação etc.”.

As oficinas terapêuticas possibilitam a articulação e a consolidação da desinstitucionalização prevista na política da Reforma Psiquiátrica, ao preconizar o despertar para a motivação profissional, propondo mudanças no indivíduo em sofrimento psíquico

por meio de sua reinserção e readaptação na sociedade (IBIAPINA et al., 2017).

Portanto, assevera-se que se constituem em uma ferramenta relevante para a ressocialização em saúde mental e participação individual ou em grupos, para efetivar o trabalho, a ação e o pensar coletivamente de acordo com a lógica do respeito à diversidade e à subjetividade (AZEVEDO; MIRANDA, 2011). Soma-se que “ações focadas no domínio sócio-cultural promovem criação, manutenção e fortalecimento das redes sociais” (SOUZA; KANTORSKI, 2009, p. 374).

A diversidade de atividades realizadas é essencial para o acolhimento dos usuários de forma integral. Deste modo, as oficinas terapêuticas são de suma importância para a ressocialização no sentido de configurar uma peça chave desse processo que possibilita o desenvolvimento de atividades em grupo, respeitando as diferenças e as individualidades de cada participante (IBIAPINA et al., 2017, p. 7).

Noronha et al. (2016), a partir de estudo descritivo-qualitativo com familiares de 18 adolescentes de Santa Catarina, constataram que para os familiares, as oficinas terapêuticas são fundamentais para o tratamento dos adolescentes assistidos no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi). Assinalaram que essas tecnologias de saúde ajudam a melhorar a vida social e familiar, reduzir os danos relacionados ao uso de drogas e estabilizar e reduzir crises.

Ademais, conforme pesquisa descritiva, qualitativa, realizada com sete profissionais de um CAPS situado numa cidade do Nordeste (IBIAPINA et al., 2017), ficou evidenciado que as oficinas terapêuticas são percebidas como uma estratégia viável para a canalização de pensamentos e valores dos indivíduos em sofri-

mento psíquico. Os indivíduos produzem algo útil para si e para a coletividade em seu entorno, o que pode propiciar um processo de reabilitação psicossocial resolutivo e efetivo e abalizar um caminho na procura do ser social e atuante.

De modo específico, ao considerar a enfermagem na condução de oficinas terapêuticas na saúde mental, pode-se afirmar que os profissionais da área proporcionam “circunstâncias de conduzir os pacientes a vivenciarem os seus sentimentos e a explorar com eles o modo de lidar com os mesmos” (BARTELI; SILVA, 2020, p. 379).

As oficinas terapêuticas “permitem a possibilidade de projeção de conflitos internos ou externos por meio de atividades artísticas, com a valorização do potencial criativo, imaginativo e expressivo do usuário” (AZEVEDO; MIRANDA, 2011, p. 339). Assim, elas permitem explorar a autonomia de cada indivíduo em sofrimento mental, auxiliando-o a melhorar sua qualidade de vida, sua interação social, e ampliação de seus espaços de ressignificação do tormento psíquico (BARTELI; SILVA, 2020).

No mesmo sentido, estudo na grande área metropolitana de Milão, na Itália, que inspirou a reforma brasileira, destacou a necessidade de adequar os recursos da vizinhança às necessidades específicas de saúde mental de indivíduos vulneráveis, visto que o comportamento de acolhimento das pessoas próximas é considerado fundamental para o êxito das políticas de Saúde Mental (OSTINELLI et al., 2020).

Diante das inúmeras benesses propiciadas pelos cuidados de suporte social e pela participação nas oficinas terapêuticas, Monteiro e Loyola (2009), a partir de estudo sobre a qualidade dessas estratégias na acepção dos pacientes psiquiátricos, constataram que eles falaram da melhora nas relações sociais, da diminuição de sintomas, e da importância da ajuda proveniente de alguma remuneração.

Entre as características primordiais das oficinas, podem-se destacar (IBIAPINA et al., 2017):

Oportunidade de reflexão, diálogo, conversas e a constituição de vínculos, propiciando um resgate da sociabilidade e da cidadania do indivíduo em sofrimento psíquico e de sua família. Elas promovem “maior integração social e familiar” (BARTELI; SILVA, 2020, p. 379);

Os profissionais se preocupam em desempenhar atividades em conformidade com o preconizado pela Reforma Psiquiátrica;

Há entre todos um respeito ao tratamento humanizado.

Finalizando, a atuação dos profissionais de enfermagem é oportuna e preponderante. Pois, além de oferecer amparo ao seguimento terapêutico produtivo e ao desenvolvimento das habilidades do indivíduo com sofrimento psíquico, promove adesão ao tratamento, acolhida às demandas psicopatológicas e corrobora para orientar os pensamentos e valores de reabilitação psicossocial. Consequentemente, trabalha para redução da exclusão social (BARTELI; SILVA, 2020).

TERAPIA COMUNITÁRIA E PRÁTICAS INTEGRATIVAS

É impossível falar de saúde integral sem incluir a Saúde Mental (SM) na Atenção Básica, onde se insere por estratégias de acompanhamento, prevenção e cuidados no território (CARVALHO; NÓBREGA, 2017).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), ao incluir a perspectiva psicossocial (FRATESCHI; CARDOSO, 2014), direciona a integralidade da assistência para o ser humano em sua totalidade (PIRES, 2014). Dentro dessa perspectiva é que deve ser entendida a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no SUS, implementada a partir da Portaria 3.088 em 2011, com o intuito de formar, aumentar e co-

nectar os pontos de atenção à saúde para o atendimento de pessoas em sofrimento mental ou uso de crack, álcool e outras drogas (CARVALHO; NÓBREGA, 2017). Atenção básica em saúde; atenção psicossocial especializada; atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégias de desinstitucionalização; e reabilitação psicossocial são os componentes que constituem a RAPS (BRASIL, 2011).

Acrescenta-se aqui uma definição de Terapia Integrativa Complementar, base fundante das PICS para resolver os casos de psiquiatria de base comunitária. Ela surgiu na Universidade Federal do Ceará (UFC) com o médico psiquiatra Adalberto Barreto, que atuava no bairro do Pirambú.

Com o propósito de adequar práticas complementares orientadas à Saúde Mental, em 2006, foi aprovada no Brasil a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Com isso, serviços de medicina tradicional chinesa, acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, termalismo social/ crenoterapia e medicina antroposófica (BRASIL, 2012) foram implantados no SUS.

As Práticas Integrativas e Complementares (PICS) contemplam sistemas e recursos que enfatizam escuta qualificada com acolhimento e vínculo interpessoal no processo terapêutico (BRASIL, 2008). Eles estão de acordo com os princípios do SUS, agregam valor e se consolidam como método terapêutico e de promoção de saúde, favorecendo a integralidade da assistência e o cuidado na atenção à saúde mental (SANTOS; TESSER, 2012).

A implantação e constituição das PICS no SUS são encaradas como desafios para a gestão pública. Pois, além da escassez de recursos humanos capacitados e insuficiência de investimentos financeiros, existe dificuldade de logística espacial para o desenvolvimento de novas práticas e persiste o paradigma biomédico que descrê de métodos alternativos (CARVALHO; NÓBREGA, 2017).

No entanto, tais práticas convergem com os objetivos do SUS, na APS, por considerarem “o sujeito em seu contexto social, tratamento de forma ampla e holística, o empoderamento do usuário e a aproximação da família e comunidade” (CARVALHO; NÓBREGA, 2017, p. 2).

A AB constitui o ponto na Rede de atenção à saúde, que traz a realidade do cuidado em Saúde Mental para estratégias que abrangem grupos e terapias de diferentes modalidades, inclusive medicamentosas. Assim, as PIC entram como potencializadoras das ações de Saúde Mental desenvolvidas em nível de atenção primária e no território (TESSER; SOUZA, 2012).

ENFERMAGEM E ENCAMINHAMENTOS À PSICOTERAPIA: FLUXOS E COMUNICAÇÃO EFETIVA COM PÚBLICOS-ALVO

Para Mello (2004), a psicoterapia é uma forma de tratamento que utiliza como instrumentos a comunicação e o relacionamento sistematizado entre o terapeuta e um ou mais pacientes (terapias de grupo, família e casal). Nesta forma de atenção, o objetivo é tornar o paciente capaz de identificar, entender e dar sentido aos seus conflitos, procurando corrigir as distorções nas percepções que o aprisionam em si mesmo ou no meio que o cerca, além de ajudá-lo a melhorar suas relações interpessoais.

A Enfermagem desenvolve papel relevante quando promove o equilíbrio bio-psico-socio-espiritual em decorrência de demandas, seja em nível hospitalar seja na atenção primária. É de praxe a busca pela formação do vínculo entre o profissional e o indivíduo (paciente) uma vez que ele gera confiança, essencial para que o paciente adira a tratamentos, seja colaborativo e evolua para a cura. Para tanto, a comunicação é primordial. A esse respeito,

“a relação interpessoal que se dá entre o enfermeiro e a pessoa hospitalizada está calçada na comunicação entre ambos” (PAULA; FUREGATO, 2000, p. 45).

Para obter êxito, cabe ao profissional definir a abordagem adequada para cada caso, tendo como foco a capacidade de compreensão quando procurado para ajuda profissional. À sua mão estão teorias importantes como a Teoria de Relacionamento Interpessoal (Peplau/Travalbe), Teoria de Adaptação (Sister Callista Roy), Teoria de Autocuidado (Oren), Teoria das Necessidades Humanas Básicas (Wanda Horta) (RODRIGUES, 1993), dentre outras (Quadro 1).

QUADRO 1: CARACTERÍSTICAS DAS PRINCIPAIS TEORIAS DE ENFERMAGEM.

Teorista	Teoria de enfermagem	Princípios
Florence Nightingale (1820-1910)	Teoria Ambientalista	Promover a limpeza ambiental, o relaxamento, atuando nas variações das sensações ambientais como um estímulo.
Myra Estrin Levine (1967)	Teoria Holística	Auxiliar no processo de transformação do indivíduo, evitando que o estresse causado por algum desequilíbrio modifique o funcionamento harmônico do organismo, promovendo sua integridade.
Hildegard Peplau (1952)	Teoria das Relações Interpessoais	Atuar como suporte às relações interpessoais.
Martha Rogers (1970)	Teoria do Ser Humano unitário – modelo conceitual do ser humano	Associada ao cuidado, auxiliar os indivíduos para que atinjam seu potencial máximo de saúde, tanto em âmbito físico quanto emocional.
Sister Callista Roy (1970)	Teoria da Adaptação	Auxiliar no processo adaptativo às mudanças inerentes à vida.
Wanda de Aguiar Horta (1970)	Teoria das Necessidades Humanas Básicas	Cria instrumento capaz de restabelecer o equilíbrio para suprir as necessidades humanas.
Katharine Kolcaba (2003)	Teoria do Conforto	Propõe instrumento capaz de promover conforto ao paciente, em âmbito físico, psicoemocional, social e ambiental.
Jean Watson (2005)	Teoria do Cuidado Transpessoal	Promove a restauração da saúde por meio de mudanças nos padrões da inter-relação do campo energético do paciente com o ambiente.

Fonte: Gnatta et al. (2016, p. 135).

A Teoria das Necessidades Humanas Básicas tem uma abordagem compreensiva, aplicada na busca de ajuda por um indivíduo. Encontra no enfermeiro uma escuta oportuna, acolhimento de suas necessidades sem julgamento, auxiliando-o através do diálogo e propiciando-lhe o direcionamento devido (RODRIGUES, 1993). Sobre o tema, Rodrigues (1993) afirma que, quando alguém busca ajuda e outra pessoa é capaz de prestar auxílio através da comunicação interpessoal, colocando-se profissionalmente disposto a compreender sua problemática, esse ato ajuda no sentido de melhor adaptação pessoal.

Toda interação terapêutica tem início, desenvolvimento e encerramento. Os contatos iniciais oportunizam a ajuda a quem dela precisa, são diferentes dos encontros entre o terapeuta e o paciente. No entanto, podem ser concomitantes (RODRIGUES, 1993; 1996a; 1996b). Nesse caso, o profissional de Enfermagem desenvolve uma interação com fins diagnósticos ancorados nas oportunidades de reconhecimento e observação mútua que terá um papel fundamental na interação com o paciente.

É importante ainda considerar que, diferentemente, o terapeuta deve dispor de qualificações que favoreçam sua prática, como excelência, credibilidade e confiança. São características importantes na interação com o paciente: ser “flexível, experiente, honesto, respeitoso, digno de confiança, confidente, interessado, alerta, amigável, calmo e aberto, são atributos que estão correlacionados com a formação de uma forte aliança” (ACKERMAN; HILSENROTH, 2003, p. 28 apud OLIVEIRA; BENETI, 2015, p. 3). Possuir, ainda, “habilidade de comunicação com o cliente, abertura, empatia, experiência e treinamento” (HORVATH, 2001 apud OLIVEIRA; BENETI, 2015, p. 3).

Para que a psicoterapia aconteça, antes é necessária a escolha daqueles que serão direcionados a ela e o estabelecimento de um fluxo que direcione efetivamente cada caso para que a prática

terapêutica se efetive. Podem-se considerar os aspectos da psicoterapia com relação a públicos-alvo distintos em se tratando de saúde mental, tais como crianças, em que a escola e os genitores podem atuar na detecção precoce de alterações; gestantes quando acolhidas pela atenção primária à saúde pelos profissionais, estes também podem direcionar seu olhar clínico para casos de depressão pós-parto, por exemplo; adolescentes, adultos jovens ou mesmo idosos, nas mais variadas circunstâncias.

Existem Psicoterapias relacionadas ao ciclo vital. A saúde da criança e dos adolescentes recebe uma atenção diferenciada por parte das equipes de saúde da família, tendo em vista os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e os programas que estão direcionados a esse público, como no caso do Programa Saúde na Escola.

A família, como um todo, recebe acompanhamento dos profissionais, dentre eles os da Enfermagem, cujas abordagens terapêuticas específicas. Sobre a terapia familiar, Costa (2010) chama atenção para as pertencentes a classes sociais economicamente desfavorecidas e sugere a necessidade da compreensão de sua dinâmica familiar na perspectiva sistêmica. Acrescenta que:

O estudo da família é um item presente no currículo dos cursos de Psicologia e essa vantagem deve ser acrescida de uma formação específica voltada para nossa realidade, assim como ocorre com a formação dada nos cursos de especialização em Terapia Familiar. Penso que o terapeuta de família, no Brasil, deva ser muito criativo para dar conta de uma diversidade de valores e diferentes modos de organização que o país possui, em função de sua área geográfica de grande dimensão e diversidade. Nesse sentido, penso que a formação em Terapia Familiar deva orientar seu currículo para o atendimento comunitário, criando modos de intervir que reflitam os recursos locais e as competências

de vários profissionais que colaboram com a comunidade (COSTA, 2010, p.14).

Diante da relevância da abordagem terapêutica, cuja inserção da família e comunidade se faz pertinente, a enfermagem desenvolve papel preponderante nesta prática, uma vez que estabelece relações com os indivíduos durante a assistência. Sua associação a outros profissionais de saúde promove resultados benéficos para os tratamentos, melhora e cura dos indivíduos.

DESMEDICAMENTALIZAÇÃO DO SOFRIMENTO

Pertinente se faz compreender o significado do termo medicalização construído ao longo da institucionalização da loucura. Ela foi acompanhada pelo advento dos psicotrópicos, a exemplo da clorpromazina e todos os demais psicofármacos, como a única terapêutica possível para conseguir o retorno dos pacientes às situações rotineiras da vida. Emoções e sentimentos como angústia, mal-estar ou outras dificuldades que fazem parte da complexa e singular característica de cada ser humano passaram a ser consideradas doenças ou transtornos diagnosticáveis e, por conseguinte, “medicamentizados”, com o objetivo de proporcionar cura (AMARANTE, 2007). A medicalização pode ser entendida, como sendo a utilização excessiva e exagerada de fármacos. A esse respeito:

É importante ressaltar que apesar da ênfase na profissão médica, a medicalização não se restringe a ela, mas ao processo presente em todas as áreas da saúde de categorizar sofrimentos e sintomas em diagnósticos, oferecer explicações naturalizadas e terapias reduzidas ante a complexidade dos problemas (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010, p. 3618).

Tratar da desmedicamentização remete a um convite reverso, ou seja, à compreensão do significado da desmedicamentização no tratamento do sofrimento como terapêutica de Saúde Mental. Esse objetivo circunscreve práticas em consonância com a Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 2007).

Se de um lado a medicalização se relaciona a cura do paciente, do outro, ela revela o controle exercido pelo profissional de medicina através da prática prescritiva como alternativa ímpar (AMARANTE, 2007). Ao abrigo dos psicofármacos, a medicalização da pessoa em sofrimento psíquico se assume como terapêutica única, consagrando o poder biomédico, hospitalocêntrico e curativista.

Convém reafirmar que o uso exacerbado de medicação representa o risco de elevação de poder da psiquiatria, da “psicologização” dos problemas e da vida, e dos hospitais particulares (ROSA; WINOGRAD, 2011). Essas maneiras medicalizantes e privatizantes do cuidado se contrapõem aos princípios do SUS, às conquistas da saúde coletiva, e da área de saúde mental (BEZERRA et al., 2014).

Birman (2014) rotula esse fenômeno também como “psiquiatrização” da existência. É um artifício através do qual, sentimentos considerados desgostáveis ou que levam à baixa produtividade cerebral e física são reprimidos, tendo como solução, medicamentos psicotrópicos.

A ausência de rede de apoio, a falta de acolhimento para sinais e sintomas de aspecto psíquico, as pressões causadas pela contemporaneidade nos indivíduos levam à busca de medicamentos como principais recursos de alívio para o sofrimento. É uma festa para a indústria farmacêutica que desenvolve e produz em massa, uma droga para cada tipo de dor e sofrimento humano, alavancando o processo de automedicação, seus efeitos colaterais e a dependência química (SARMENTO; SANTOS, 2019).

Se o início de tratamento com fármacos é algo difícil e complexo, a desmedicamentização é ainda mais (AMARANTE, 2007).

Para esse autor, no entanto, existe uma estratégia eficaz e potencializadora no processo de diminuição ou retirada do uso de medicação. Ela é atribuída à eficiência, eficácia e efetividade da Estratégia de Saúde da Família (ESF), e dos mecanismos e equipamentos sociais diretos e indiretos que conformam a rede de atenção psicossocial.

Ao abrigo da universalidade, integralidade e equidade promotora do SUS, a ESF se fundamenta na diretriz da intersetorialidade das ações, tornando-a potente para alcançar uma articulação entre sujeitos sociais em um novo modelo de fazer saúde em Rede e apoiada nas necessidades sociais do território e nos direitos humanos (JUNQUEIRA, 2004).

A territorialização torna a comunidade o ator principal no cenário de práticas. Os indivíduos assistidos pelos serviços de saúde não aparecem apenas como números dos prontuários, mas cada um em sua singularidade e história de vida, tratados dentro das situações em que vivem. Tudo isso, é importante e é uma construção habilidosa de lidar com o sofrimento humano, suas histórias que passam a se entrelaçar com a dos profissionais de saúde (AMARANTE, 2007).

Desta maneira, quando profissionais da ESF se encontram capacitados, o que requer um processo de educação permanente, conseguem ressignificar a individualidade de cada pessoa, em sua dor e sofrimento, utilizando, as tecnologias leves, como a escuta qualificada e o acolhimento, importantes para a efetividade das ações de saúde mental na AB. Uma boa formação e gestão dos profissionais que aí atuam evita encaminhamentos abusivos e desnecessários, previne a intervenção medicamentosa e promove a desmedicamentação (AMARANTE, 2007; BEZERRA et al., 2014).

De posse de conhecimentos e novos saberes relacionados às práticas baseadas em evidências científicas, preferencialmente as tecnologias leves, a exemplo da escuta qualificada, o acolhimento

e o projeto terapêutico singular (PTS), os profissionais da ESF garantem acesso e acessibilidade e proporcionam um cuidado em harmonia com as necessidades de saúde mental dos usuários do SUS. Nesse sentido, a desmedicamentação do sofrimento, se destaca como objetivo principal no cuidar em saúde mental na Atenção Básica (BEZERRA et al., 2014).

A assistência de Enfermagem aos pacientes de saúde mental, considerando os protocolos existentes, ainda registra muitas limitações, embora possa ser considerada positiva. Em contrapartida, ações de desmedicamentação podem ser realizadas pelos profissionais da Enfermagem e devem ser encorajadas, tendo por fundamentação as práticas integrativas complementares já discutidas neste capítulo ao invés da “empurroterapia” na APS. A esse respeito:

A ‘empurroterapia’, processo no qual o profissional da APS apenas realiza ‘atendimento de queixas físicas, renova receitas de psicofármacos e encaminha para consultas especializadas sem tentar resolver a demanda em saúde mental do paciente, corrobora com a desresponsabilização da APS com esses sujeitos, que agora são vistos como responsabilidade exclusiva da atenção secundária, cabendo à atenção primária (quando o faz) apenas a tarefa mecânica e robótica de renovar receitas, enquanto o paciente aguarda uma consulta de retorno com o especialista, que pode nunca acontecer. Essa renovação desmedida de receitas sem uma avaliação prévia nos deixa como resultado uma sociedade dependente em psicofármacos e cada vez mais relutante em lidar com seus sentimentos e as dificuldades do cotidiano (MORAIS et al., 2021, p. 10478).

O exposto acima reforça a compreensão do significado da desmedicamentação, que esconde o consumo exacerbado de medicamentos em detrimento a terapêuticas alternativas, as

quais poderiam ser discutidas, orientadas e implementadas, matricialmente, por ações multiprofissionais e crítico-reflexivas que envolvem a necessidade de contextualização econômica, social, espiritual e comunitária do indivíduo.

CONCLUSÃO

Inicialmente este capítulo intitulado ações da enfermagem na promoção em saúde mental propôs auxiliar o entendimento e a compreensão da atuação do enfermeiro nas práticas da promoção em saúde mental. Discorreu-se sobre os fatores sociais e ambientais que precisam ser entendidos no diagnóstico situacional realizado pelo enfermeiro, com a finalidade de detecção precoce do sofrimento emocional e dos critérios clínicos significativos, que indicam os tipos de terapêutica mais adequados: oficinas terapêuticas, terapia comunitária, práticas integrativas e suporte social. Ressaltou-se a necessidade de priorizar práticas menos invasivas, quando for preciso o encaminhamento à psicoterapia e a desmedicalização do sofrimento.

Tratou-se da prática do Enfermeiro em Saúde Mental ancorada na equipe multiprofissional da APS, com sugestão de um trabalho matricial, práticas integrativas complementares, e se necessário, o encaminhamento do paciente para uma medicalização assistida.

Em suma, ressaltou-se o papel relevante que a Atenção Primária a Saúde exerce através do profissional da Enfermagem nas questões de saúde mental, dentro dos princípios da Reforma Sanitária.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA-FILHO, N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 865-884, 2004. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/630/63043001009.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2021.

ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, S.M.M. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez; 1997. p.15-26.

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

ANDRADE, L. H. et al. Influence of psychiatric morbidity and sociodemographic determinants on use of service in a catchment area in the city of Sao Paulo, Brazil. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 43, n. 1, p. 45-53, 2008.

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; BEZERRA, R.C. Atenção primária à saúde e estratégia da família. In: Campos, G. W. et al.(Orgs). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

AZEVEDO, D. M.; MIRANDA, F. A. N. de. Oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial: percepção de familiares. **Escola Anna Nery**, v. 15, n. 2, p. 339-345, 2011.

BARTELI, K. R.; SILVA, E. G. da. A relevância do trabalho de enfermagem frente às oficinas terapêuticas em saúde mental. **Revista de Iniciação Científica e Extensão**, v. 3, n. 1, p. 379-85, 2020.

BEZERRA, I. C. et al. “Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá”. Processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 48, p. 61-74, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Dispõe sobre a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Brasília: MS, 2011 Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 02 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Práticas integrativas e complementares**: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**: PNPIC: atitude de ampliação de acesso. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2008.

BIRMAN, J. Drogas, performance e psiquiatrização na contemporaneidade. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 17, n. esp., p. 23-37, 2014.

BRÊDA, M. Z. et al. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 450-2, 2005.

BRUNONI, A. R. et al. Socio-demographic and psychiatric risk factors in incident and persistent depression: an analysis in the occupational cohort of ELSA-Brasil. **Journal of affective disorders**, v. 263, p. 252-257, 2020.

BOSI, M. L. M. et al. Determinantes sociais em saúde (mental): analisando uma experiência não governamental sob a ótica de atores implicados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, p. 126-135, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2014000600126&script=sci_arttext&tln-g=pt. Acesso em: 21 abr. 2021.

CARVALHO, J. L. da S.; NÓBREGA, M. do P. S. de S. Práticas integrativas e complementares como recurso de saúde mental na Atenção Básica. **Rev Gaúcha Enferm**. V. 38, n. 4, p. e2017-0014, 2017.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). As causas Sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 220p.

COSTA, L. F. A perspectiva sistêmica para a Clínica da Família. The systemic perspective for Family Clinic. **Psic.: Teor. e Pesq.**,

v. 26, n. spe, p. 95-104, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/hH3DDqjySX3GHXgYG7tJwZD/?lang=pt>. Acesso em: 26 maio 2021.

DIMENSTEIN, M. et al. Determinação social da saúde mental: contribuições à psicologia no cuidado territorial. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 69, n. 2, p. 72-87, 2017.

FRATESCHI, M. S.; CARDOSO, C.L. Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: avaliações sob a ótica dos usuários. **Physis: Rev Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 545-65, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n2/0103-7331-physis-24-02-00545.pdf>. Acesso em: 10 maio 2021.

GNATTA, J. R. et al. Aromatherapy and nursing: historical and theoretical conception. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. 1, p. 127-33, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reesp/a/Z3SpTtG6nQF7LfL7fKbrt3w/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 ago 2021.

IBIAPINA, A. R. de S. et al. Oficinas Terapêuticas e as mudanças sociais em portadores de transtorno mental. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 3, 2017.

JUNQUEIRA, L. A. P. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde Soc.**, v.13, n. 1., p. 25-36, 2004.

KANTORSKI, L. P. et al. A importância das atividades de suporte terapêutico para o cuidado em um Centro de Atenção. **Journal of Nursing and Health**, v. 1, n. 1, p. 4-13, 2011.

LOPES NETO, D.; BOCARDI, M. I. B. et al. Aderência dos cursos de graduação em enfermagem às Diretrizes Curriculares Nacionais. **Rev Bras Enferm.**, v. 60, n. 6, p. 627-34, 2007.

LUZIO, C. A.; YASUI, S. Além das portarias: desafios da política de saúde mental. **Psicologia em estudo**, v. 15, n. 1, p. 17-26, 2010.

MELLO, M. F. de. Terapia Interpessoal: um modelo breve e focal. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 124-130, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbp/v26n2/a10v26n2.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2021.

MONTEIRO, R. de L.; LOYOLA, C. M. D. Qualidade de oficinas terapêuticas segundo pacientes. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 436-442, 2009.

MORAIS, L. G. de A. et al. Saúde mental: o papel da atenção primária à saúde Mental. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.4, n.3, p. 10475-10489, 2021.

NEVES, H. G.; LUCCHESI, R.; MUNARI, D. B. Saúde mental na atenção primária: necessária constituição de competências. **Rev Bras Enferm**, v. 63, n. 4, p. 666-70, 2010.

NORONHA, A. A. et al. Percepções de familiares de adolescentes sobre oficinas terapêuticas em um centro de atenção psicossocial infantil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 4, 2016.

OLIVEIRA, N. H.; BENETTI, S. P. da C. Aliança terapêutica: estabelecimento, manutenção e rupturas da relação. **Arq. bras.**

psicol. [online], v.67, n.3, p. 125-138, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arb/v67n3/10.pdf>. Acesso em: 26 maio 2021.

OSTINELLI, E. G. et al. Mental health services and the city: a neighbourhood-level epidemiological study. **Journal of Public Health**, p. 1-13, 2020.

PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. de. **Saúde Coletiva: Teoria e Prática**. 1. ed. Rio de Janeiro, MedBook, 2014.

PAULA, A. A. D. de; FUREGATO, A. R. F.; SCATENA, M. C. M. Interação enfermeiro-familiar de paciente com comunicação prejudicada. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 45-51, agosto 2000.

PEEN, J. et al. The Current Status Of urban-rural differences in psychiatric disorders. **Acta Psychiatr Scand**, v. 121, n. 2, p. 84-93, 2010.

PIRES, M. L. **Entre a estratégia saúde da família e o núcleo de apoio à saúde da família: o que se nomeia demanda de saúde mental?** 2014. Dissertação (Mestrado Enfermagem)–Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre(RS): UFRS, 2014.

RAUTER, C. Oficinas para quê? Uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas. In: AMARANTE, P. (Org.), **Ensaio: Subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 267-277.

RODRIGUES, A. R. F. Dos maneras de ayuda terapeutica en enfermeria psiquiátrica y de salud mental. **Horizonte de Enfermeria**, v. 7, n. 2, p. 15-21, 1996a.

RODRIGUES, A. R. F. **Enfermagem psiquiátrica: prevenção e intervenção**. São Paulo: EPU, 1996b.

RODRIGUES, A. R. F. Relações interpessoais enfermeiro-paciente: análise teórica e prática com vistas à humanização da assistência em saúde mental. Ribeirão Preto, 1993. Tese (Livre-docência)–Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1993.

RODRIGUES, E. S.; MOREIRA, M. I. B. A interlocução da Saúde Mental com Atenção Básica no Município de Vitória/ES. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.21, n.3, p. 599-611, 2012. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sausoc/2012.v21n3/599-611/pt/>. Acesso em: 21 abr. 2021.

ROSA, B.P.G. D.; WINOGRAD, M. Palavras e pílulas: sobre a medicamentação do mal-estar psíquico na atualidade. **Psicol Soc.**, v. 23, n. spe., p. 37-44, 2011.

SANTOS, F. B; LOPES, S. Explorando o conhecimento dos enfermeiros das unidades de saúde da família de São José do Rio Preto sobre depressão. **Revista Arquivos de Ciência da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 14, n. 1, p. 23-29, jan/mar. 2007.

SANTOS, M.C., TESSER, C. D. Um método para a implantação e promoção de acesso às práticas integrativas e complementares

na Atenção Primária à Saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3011-24, 2012.

SARMENTO, G.A.; SANTOS, S.D. Perspectiva do usuário sobre o acompanhamento e o uso de psicotrópicos na Atenção Básica. **Essentia** (Sobral), v. 20, n. 2, p. 52-60, 2019.

SILVA, A.L. A.; FONSECA, R.M.G.S. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 441-9, 2005.

SOUZA, J. de; KANTORSKI, L. P. A rede social de indivíduos sob tratamento em um CAPS ad: o ecomapa como recurso. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 2, p. 373-383, 2009.

TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C. de. Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 2, p. 336-350, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n2/a08v21n2.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2021.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W. de S. Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 3615-3624, 2010. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2010.v15suppl3/3615-3624/pt>. Acesso em: 21 abr. 2021.

VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, D.F. O Sistema Único de Saúde. In: Campos, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 531-62.

VECCHIA, M. D.; MARTINS, S. T. F. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 183-193, 2009. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2009.v14n1/183-193/pt/>. Acesso em: 21 abr. 2021.

CAPÍTULO XIV

AÇÕES DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

*Alana Simões Bezerra
Nalfranio de Queiroz Sátiro Filho
Kaliane Alves Benício Soares
Fabian de Queiroz*

INTRODUÇÃO

Após a reforma psiquiátrica, que surgiu por meio de manifestações e debates na sociedade em defesa dos direitos civis e políticos do paciente psiquiátrico, o país entrou numa rota de criação de tratamentos mais humanizado e anti-manicomiais (BRASIL, 2005). A partir da reforma amparada pela lei 10.216/2001, surgiram serviços que substituíam os hospitais psiquiátricos, construindo uma rede de atenção à saúde mental, com a proposta de atender pessoas e não doentes, o que resultou na criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Os CAPS são unidades que oferecem atendimento multiprofissional de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a intervenção hospitalar à população. Deste modo, os CAPS se caracterizam pela utilização de um conjunto de tecnologias terapêuticas e práticas psicossociais direcionadas aos que sofrem de transtornos mentais ou àqueles que fazem uso excessivo de álcool e outras drogas (PIMENTA; ROMAGNOLI, 2008).

Assim, novas formas de abordagem e estratégias foram elaboradas, o que deu espaço a outros profissionais que pudessem contribuir com a rotina dos cuidados aos indivíduos em sofrimento mental, podendo ser desenvolvidas várias atividades. Desta forma, ganhou espaço no trabalho de atenção à saúde mental, o Profissional de Educação Física (PEF) (SILVA et al., 2017).

De acordo com a Política Nacional de Promoção da Saúde, as possibilidades de inserção do Profissional de Educação Física na saúde pública aumentaram bastante nos últimos anos (BRASIL, 2006), com atribuições nas ações de saúde e na comunidade.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) inseriu a Educação Física no rol das profissões da área de saúde. Desta forma, o PEF tem o trabalho relacionado a essas ciências, responsabilizando-se pela operacionalização de políticas, programas e ações de saúde pública e privadas, de acordo com as especificidades de sua formação (MARTINS, 2015).

Assim, a Educação Física além dos valores histórico-sociais teve reconhecimento do CNS, como sendo imprescindível à integralidade da atenção, por meio da resolução 287/98. E é citada junto com outras treze profissões de saúde (BRASIL, 1998).

O presente capítulo aborda as ações dos Profissionais de Educação Física para a promoção da saúde mental, evidenciando as possibilidades de cuidado e tratamento, dentro de uma visão multiprofissional e de promoção da saúde.

DESENVOLVIMENTO

Furtado et al. (2015) afirmam que o trabalho do PEF deve estar ligado a outros referenciais que possibilitem ir ao encontro do que é proposto pelas diretrizes do SUS, no que diz respeito a atenção à saúde mental. Desta maneira, é importante que o profissional dessa área compreenda os aspectos socioeconômicos e culturais relacionados à saúde e à doença, promovendo um diálogo interdisciplinar dentro das perspectivas da saúde coletiva.

A atuação do Profissional de Educação Física possibilita a melhora da qualidade de vida das pessoas com transtornos mentais e desordens psíquicas, uma vez que a atividade física contribui para a manter a saúde, promove a socialização e inserção social dos pacientes.

AÇÕES DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

- ▶ **Avaliação:** O Profissional de Educação Física pode realizar avaliação do tipo funcional e morfológico dos pacientes, possibilitando o diagnóstico de fatores de risco à saúde. Ele pode prescrever, orientar e acompanhar as atividades físicas, com a finalidade de prevenção e promoção da saúde. Sua ação tem a importância também para socializar a importância da atividade física na comunidade.
- ▶ **Conhecimento dos Prontuários:** O PEF precisa conhecer as informações que constam do prontuário dos pacientes, para compreender a situação de saúde das pessoas com quem trabalha e assim definir suas atividades que melhor contribuam para a qualidade de vida delas.

- ▶ **Elaboração de programas de atividades:** O PEF é responsável por elaborar um programa de atividade física que possa auxiliar no tratamento dos indivíduos. Esse programa deve buscar reabilitação e inclusão da pessoa portadora de transtorno mental na sociedade; contribuir para melhorar os aspectos cognitivos, motores e sociais dos pacientes; e promover sua integração no convívio social.
- ▶ **Realização de atividades recreativas:** O PEF pode se propor atividades físicas utilizando o lúdico como importante ferramenta e usando brincadeiras e jogos que ajudem a desenvolver e potencializar atividades produtoras de saúde.
- ▶ **Realização de atividades de expressão corporal:** Nessa prática, o PEF desenvolve exercícios que trabalhem a consciência corporal, tendo como finalidade gerar atenção dos indivíduos a cada parte do seu corpo, de modo a melhorar sua percepção da imagem corporal, concentração e relaxamento.
- ▶ **Atendimento:** o PEF pode realizar atendimentos que beneficiem a promoção da saúde mental, de forma individualizada ou em grupo.
- ▶ Conforme Silva et al. (2017), a atuação do Profissional de Educação Física que contribui para a melhora da saúde mental compreende:
 - ▶ **Atividades lúdicas, recreativas e esportivas:** atividades que envolvam jogos, brincadeiras, pescaria, cinema, trabalhos com modalidades esportivas como basquetebol, voleibol, futsal, futebol, bocha, handebol, entre outras.
 - ▶ **Atividades de capacitação física:** o PEF deve promover atividades que melhorem a coordenação, a flexibilidade, o equilíbrio, a agilidade e a velocidade, com objetivo de estimular a coordenação motora e mental dos indivíduos.

- ▶ **Cultura Corporal do Movimento:** O PEF deve proporcionar atividades inclusivas e cooperativas por meio de esportes, danças, jogos, ginásticas, lutas e atletismo.
- ▶ **Atividade física terapêutica:** realizar exercícios físicos como forma de terapia, seguindo alguns critérios tais como, selecionar os que têm interesse em realizar as atividades físicas e os que apresentam compreensão e capacidade de realizar os exercícios. É o caso das caminhadas e das práticas de lazer e recreação.
- ▶ **Atividades de educação e saúde:** o PEF deve desenvolver ações de educação em saúde contribuindo para que os pacientes compreendam a importância do autocuidado, trabalhem as relações interpessoais através do respeito mútuo, e tornem seu espaço de trabalho, um ambiente de comunicação e integração.
- ▶ **Rodas de conversa:** os PEF podem envolver, em suas atividades, conversas sobre temas relacionados à saúde, como higiene, hipertensão, diabetes e doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), fazendo que os participantes entendam que fazem parte do processo e não são apenas ouvintes ou telespectadores.

Santos et al. (2011) por meio de um relato de experiência, sugere a realização das seguintes atividades físicas:

- ▶ **Hidroginástica:** O PEF pode trabalhar com a hidroginástica com a finalidade de melhorar a capacidade anaeróbica, a resistência cardiorrespiratória, a resistência, a força muscular e a flexibilidade. Essa atividade requer menor esforço dos movimentos e traz a sensação de conforto que a água proporciona.
- ▶ **Terapia corporal:** dar aos pacientes a oportunidade de vivenciar atividades lúdicas, de expressão corporal, que possam

proporcionar autoconhecimento, melhora da autoestima, reconhecimento das próprias limitações, melhora no bem-estar e relaxamento.

- ▶ Iniciação desportiva: proporcionar vivências com esportes variados com a finalidade de conhecer melhor os participantes, bem como realizar exercícios que melhorem a coordenação motora, a resistência e sua força muscular. Também, por meio dessas práticas, desenvolver o trabalho em equipe, a determinação e a força de vontade.
- ▶ Atividades lúdicas: realizá-las tendo como objetivo produzir prazer durante sua execução, fazendo que os pacientes se divirtam durante a prática.

Conforme a resolução 230/2012, no Art. 4º compete aos profissionais de educação física no trabalho na área da saúde mental, incluindo a Atenção Psicossocial, voltadas para o indivíduo e para a comunidade (CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA – CONFEF, 2012):

- I. Desenvolver ações de orientação junto à população, sobre os benefícios de estilos de vida saudáveis, objetivando aumentar o número de pessoas que fazem atividade física e reduzir os fatores de risco para doenças não transmissíveis;
- II. Mapear, apoiar, consolidar e criar ações de atividade física e de exercícios físicos nos serviços de Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família e Saúde Mental;
- III. Analisar as condições de saúde mental dos indivíduos e da coletividade, promovendo a autonomia e inserção social dos usuários, a proteção e preservação de seus direitos como cidadãos; a atuação interdisciplinar e psicossocial nas redes de atenção de saúde mental; a intensificação de cuidado em situações de crise e de vulnerabilidade social; o uso de tecnologias relacionais que favoreçam as estratégias de cuidado, trabalho e formação interprofissional; e a articulação inter-

setorial das políticas necessárias para a abordagem integral das necessidades dos usuários dos serviços, suas famílias e comunidade;

- IV. Estimular a inclusão de pessoas com transtornos mentais e comportamentais em projetos de atividades físicas e de exercícios físicos;
- V. Diagnosticar, planejar, prescrever, organizar, dirigir, prestar apoio matricial, desenvolver, ministrar e avaliar programas de atividades físicas e de exercícios físicos na área de especialidade ou de forma interdisciplinar;
- VI. Prestar serviços de consultoria, auditoria e assessoria nas áreas de sua especialidade;
- VII. Desenvolver pesquisa e investigação científica nas áreas de especialidade ou de forma interdisciplinar;
- VIII. Desenvolver estudos e formular metodologias capazes de produzir evidências e comprovar a efetividade de estratégias de atividades físicas e exercícios físicos no controle e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis.

Outras ações foram relatadas pelo Projeto CAPSad (2006), conforme relata Machado (2015) no que se refere a atuação do Profissional de Educação Física:

- ▶ Deve trabalhar para melhoria da aptidão física relacionada à saúde, estimulando a recuperação das capacidades psicomotoras;
- ▶ Desenvolver o conhecimento de si mesmo e o sentido de confiança em suas capacidades afetivas, físicas, cooperativas, de inter-relação pessoal para agir com segurança na busca do conhecimento e no exercício da cidadania;
- ▶ Explorar a inovação e a criatividade pessoal;
- ▶ Auxiliar no combate ao sedentarismo;
- ▶ Realizar atividades lúdicas (jogos, músicas, comemorações);

- ▶ Realizar, juntamente com a equipe multidisciplinar, atividades como passeios a pontos turísticos, festas populares e outros eventos;
- ▶ Estimular o conhecimento e o cuidado com o corpo, valorizando hábitos saudáveis.

Conforme Godoy (2002) os exercícios físicos e os esportes possibilitam reduzir a ansiedade e a depressão, melhoram o autoconceito, a autoimagem e a autoestima, aumentam o vigor, melhoram a sensação de bem-estar, melhoram o humor, aumentam a capacidade de lidar com estressores psicossociais e diminuem os estados de tensão.

Para Sloboda (2002) que verificou os benefícios da atividade física para esquizofrenia, seus resultados revelaram que a grande maioria das pessoas com esse diagnóstico não praticavam atividade física. Ele propõe que se implantem políticas públicas comprometidas com a prática de atividades físicas por meio da capacitação de profissionais que atuem tanto em instituições de cuidado como em outros espaços da comunidade.

De acordo a pesquisa de Miranda, Freire e Oliveira (2011) a educação física por meio de oficinas expressivas, explorando o contexto da socialização dentro do CAPS, despertou o potencial de alguns pacientes de expressarem seus sentimentos, fazerem amigos, descobrirem seus limites, ajudarem-se mutuamente, a se socializarem.

Costa e Silva et al. (2017) caracterizaram o perfil e as atividades desenvolvidas pelos Profissionais de Educação Física (PEF) nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) dos municípios que compõem a 10ª Coordenadoria Regional de Saúde do RGS. Esses autores concluíram que a atuação dos Profissionais de Educação Física é diversificada, contendo inúmeras propostas de interven-

ção em diferentes espaços, que vão desde atividades recreativas até as voltadas à academia.

Estudo de Veit e Rosa (2015) afirmou que a intervenção do PEF visava proporcionar momentos de interação, prazer, contato com o mundo externo à unidade, bem como, a melhora da qualidade de vida dos pacientes mentais, tendo em vista sua reinserção social. Também Araújo (2012) considerou a grande importância da educação física na prevenção e tratamentos mentais, demonstrando os benefícios que essa prática proporciona.

Segundo Wachs (2008), a presença dos professores de educação física e de suas práticas mobiliza códigos e funções na busca por uma reorganização do cuidado em saúde mental, beneficiando a reinserção social, a desinstitucionalização e a humanização.

Sobre a atuação do PEF, Silva et al. (2017) afirmam que eles podem proporcionar aos pacientes da saúde mental promoção da saúde e a prevenção de doenças, contribuindo significativamente para o tratamento. Eles ressaltam a integração dos indivíduos com o meio, valorizando uma visão holística de ser humano, o exercício de seus direitos, e a qualidade de vida dos pacientes.

Furtado et al. (2018) verificaram que a organização e as principais características das oficinas terapêuticas desenvolvidas pelos Profissionais de Educação Física no CAPS de Goiânia contribuíram para que se debatesse sobre a identidade desses profissionais na promoção da qualidade de vida. Eles observaram que as atividades físicas mais realizadas foram a ginástica e os exercícios físicos, o que eles chamaram de oficinas terapêuticas, em que foram desenvolvidas propostas relacionadas a pluralidade de temas da cultura corporal.

Em um estudo realizado por Leonidioet al. (2013) no CAPS/Albergues, notou que o trabalho do Profissional de Educação Física

potencializa a produção do cuidado no trabalho vivo, pois ultrapassa as barreiras do trabalho morto, historicamente vinculados aos processos do modelo manicomial.

Conforme Costa et al. (2014) a educação física, por ter como objeto a cultura corporal, tem potencialidade para proporcionar ao paciente uma experiência prazerosa, autonomia, mudança de comportamento, melhora do senso crítico, melhor convivência em grupo, criatividade e bem estar físico, mental, espiritual e social.

Freitas (2007) desenvolveu um trabalho com práticas corporais centrado em ginástica, caminhadas, alongamentos e danças, que possibilitou aos usuários com transtornos mentais aprender novas técnicas corporais, bem como, criar vínculos com os indivíduos que vivenciavam as mesmas atividades de forma lúdica. Ele planejava, desenvolvia e avaliava os seus trabalhos com a participação efetiva dos usuários. Isso lhe garantiu aproximação, cumplicidade e corresponsabilidade dos envolvidos de acordo com as condições de seu trabalho no contexto.

No mesmo sentido, para Soares e Pereira (2010) o PEF deve elaborar um programa de atividade física adequado para o público específico, auxiliar no processo de tratamento, reabilitação e inclusão dos pacientes, de forma a melhorar os domínios cognitivo, motor e social dos participantes, permitindo-lhes integração e um melhor convívio.

ONDE AS AÇÕES PODEM SER REALIZADAS?

As atividades físicas podem ser realizadas nos CAPS ou ao ar livre como em praças, parques, em ruas, ou outros locais.

Miranda, Freire e oliveira (2011) comentam a partir de pesquisa que o grande desafio dos Profissionais de Educação Física é a falta de espaço adequado para a realização das atividades. E

acrescentam que muitos pacientes não se sentem à vontade e ficam inseguros e ansiosos quando realizam exercícios físicos em áreas externas do CAPS.

Diferentemente, Furtado et al. (2018) verificaram em estudo sobre o tema, que as oficinas terapêuticas eram realizadas em sessões de 50 minutos e que a parte mais significativa delas ocorria em locais externos ao CAPS, em espaços e instituições do território adscrito. Eles comentam que nas atividades realizadas pelos Profissionais de Educação Física há muita potencialidade para a tematização do território e contribuições para o processo de reinserção social.

ALGUMAS DIFICULDADES PARA AS AÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA NOS CAPS

Algumas limitações são citadas por Leonidio et al. (2013) tais como, espaços físicos inadequados para a práticas das atividades, ausência de articulação com a rede social da comunidade, formação insuficiente para a atuação profissional, carência de processos de educação permanente, ausência de reuniões técnicas e dificuldade de diálogo com a equipe. Saporetti, Miranda e Belizário (2016) comentam sobre a falta de estrutura, a falta de orientação e direcionamento do trabalho, a falta de compreensão do papel do profissional de educação física por parte dos demais profissionais e a falta de capacitação. Não menos importante, assinalam o não entendimento pelos demais profissionais, da mudança do paradigma de atendimento curativo para o de promoção da saúde.

Silva et al. (2018) destacam que há uma carência quanto ao direcionamento do Profissional de Educação Física para a atuação na Atenção Primária da Saúde, assim, para se superar esta

dificuldade foram criadas medidas como as residências multiprofissionais em saúde.

Miranda, Freire e Oliveira (2011) assinalam algumas dificuldades como não poder aplicar as atividades ao ar livre, a ausência de participantes por desinteresse ou timidez ou falta de costume de se exercitar. Também relatam problemas de desconhecimento por parte do profissional de educação física, de como atuar nos cuidados de saúde mental. E citam as precárias condições de trabalho em relação aos materiais necessários como bolas, colchonetes, colchões, espaços amplos e arejados.

CONCLUSÃO

Muitas são as alternativas para as ações do Profissional de Educação Física na promoção da saúde mental, porém, não existe “uma receita de bolo” que guie suas estratégias. O PEF deve ser criativo quanto às possibilidades e modalidades para se trabalhar nessa área, respeitando a individualidade dos indivíduos e da especificidade de seus casos. E ao mesmo tempo em que entende e atende a cada pessoa na realização de atividades físicas individuais, deve desenvolver trabalhos em grupo, orientação aos usuários, orientar sobre a importância dos exercícios, realizar palestras e promover parcerias institucionais para realização de eventos.

Os profissionais de Educação Física têm muito a contribuir na área da saúde mental, pois as atividades realizadas por eles proporcionam melhoras nos aspectos psicológicos, físicos e sociais, beneficiando pacientes, bem como as pessoas que se relacionam com eles. Desta forma, cabe-lhes estabelecer relações com as outras áreas de conhecimento para que suas intervenções, direcionadas para a qualidade de vida, tenham mais efetividade.

Portanto, sendo efetiva sua atuação, a Educação Física tem um papel de grande significância nas equipes multiprofissionais dos serviços de atendimento à saúde mental, contribuindo para a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Ele também é importante na integração das pessoas a seu meio social. Essa atuação tem como benefício uma visão holística do paciente com transtorno mental e a garantia de seus direitos como cidadão.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, D. B. de. As contribuições do profissional de Educação Física no atendimento à saúde mental no âmbito do PSF. **EFDeportes.com, Revista Digital**, Buenos Aires, n. 170, Jul. 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma **Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**. 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, novembro de 2005.

BRASIL. Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção

Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 287 de 08/10/1998**. 1998. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_98.htm>. Acesso em 17 de jul. de 2020.

CONFEEF. Conselho Federal de Educação Física. Resolução CONFEEF nº 230/2012. **Dispõe sobre especialidade profissional em Educação Física na área de saúde mental**. 2012. Disponível em: <<http://www.confef.org.br/confef/resolucoes/res-pdf/302.pdf>>. Acesso em: 16 de jul. de 2020.

COSTA, M. K. F. da; FARIAS, K. B.; PENA, J. L. da C.; PUREZA, D. Y. da. Educação física e saúde mental: compart(r)ilhando experiências no atendimento de usuários de álcool e outras drogas no CAPS ad em Macapá-AP. **Fiep Bulletin**, v. 84, 2014.

COSTA E SILVA, T. M. da; SANTOS, F. M. dos; SILVA, R. C. B. da; OLIVEIRA, H. L. da R.; ILHA, P. V.; GRAUP, S. Educação física e saúde mental: atuação profissional nos centros de atenção psicossocial. **Pensar a Prática**, Goiânia, v. 20, n. 3, jul./set. 2017

FREITAS, F. F. **A Educação Física no serviço público de saúde**. São Paulo: Hucitec. 2007

FURTADO, R. P. et al. O trabalho do professor de Educação Física no CAPS: aproximações iniciais. **Movimento**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 41-52, jan./mar. de 2015.

FURTADO, R. P.; AZEVEDO, M. da C.; NEVES, R. L. de R.; VIEIRA, P. S. O trabalho do professor de educação física nos Caps de Goiânia: identificando as oficinas terapêuticas. **Rev Bras Ciênc Esporte**, v. 40, n. 4, p. 353-360, 2018.

GODOY, R. F. Benefícios do exercício físico sobre a área emocional. **Movimento**, Porto Alegre, v. 8, n 7, mai./ago. 2002.

LEONIDIO, A. C. R.; LEMOS, E. C.; SILVA, P. P. C.; FREITAS, C. M. S. M. O profissional de Educação Física no Centro de Atenção Psicossocial: percepção dos limites e potencialidades no processo de trabalho. **Pesquisas e Práticas Psicossociais – PPP**, São João del-Rei, v. 8, n. 2, jul./dez. 2013.

MACHADO, G. J. **A atuação do professor de educação física nos Centros de atenção psicossocial álcool e drogas**. 2015. 142f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Educação Física e desportos, Vitória – ES, 2015.

MARTINS, I. M. de L. **Intervenção profissional e formação superior em Educação Física**: articulação necessária para a qualidade do exercício profissional. CONFEEF, 2015.

MIRANDA, E. D.; FREIRE, L. de A.; OLIVEIRA, A. R. C. de. Os desafios da Educação Física no Centro de Atenção Psicossocial de Coari (AM). **Sau. &Transf. Soc.**, Florianópolis, v.1, n.2, p.163-169, 2011.

PIMENTA, E. S; ROMAGNOLI, R. C. A relação com as famílias no tratamento dosportadores de transtorno mental realizado no Centro de Atenção Psicossocial. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João Del Rei, v. 3, n.1, p. 75-84, ago. 2008.

SANTOS, F. T. dos; LOPES, F. de O. R.; MOTA, F. M.; RODRIGUES, L. R.; FREITAS, P. S. de; OLIVEIRA, T. F. de. Atividade física e saúde mental: Relato de vivência. **Extensio: R. Eletr. de Extensão**, Florianópolis, n. 12, p. 36-43, 2011.

SAPORETTI, G. M.; MIRANDA, P. S. C.; BELIZÁRIO, S. A. O profissional de educação física e a promoção da saúde em núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 523-543, mai./ago. 2016.

SILVA, J. C. A.; SILVA, K. S. da; MARTINS NETO, C.; SILVA, T. C. A.; CAMPOS, A. S. de. Inclusão do educador físico na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **SANARE**, Sobral, v.17, n.01,p.74-83, Jan./Jun. 2018.

SILVA, T. M. C.; OLIVEIRA, H. L. R.; SILVA, R. C. B.; SANTOS, F. M.; GRAUP, S. Reflexões sobre a atuação do profissional de educação física nos centros de atenção psicossocial. **R. Perspect. Ci. e Saúde**, v. 2, n. 2, p. 95-106, 2017.

SLOBODA, R. **Atividade física e esquizofrenia**: percepção de pais ou responsáveis. Florianópolis: UFSC, 2002. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

SOARES, F. A.; PEREIRA, E. T. Os benefícios da atividade física para portadores de transtorno mental. **EFDeportes.com, Revista Digital**, Buenos Aires, n. 150, nov. 2010.

VEIT, A.; ROSA, L. de R. Educação física e a intervenção na saúde mental. **Caderno pedagógico**, Lajeado, v. 12, n. 1, p. 301-311, 2015.

WACHS, F. **Educação física e saúde mental**: uma prática de cuidado emergente em centros de atenção psicossocial (CAPS). 2008. 133f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

AÇÕES DA PSICOLOGIA NA HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: DESAFIOS PARA A CONSTRUÇÃO DE PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA

*Alana Cristina de Sousa Alencar Silva
Pierre Gonçalves de Oliveira Filho*

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o Brasil tem enfrentado desmontes, impasses, desafios e avanços em relação às políticas de saúde mental no âmbito do Sistema Único de Saúde. A promulgação do SUS representou uma conquista efetiva na concretização do direito à saúde enquanto um direito de cidadania (BRASIL, 2001). No entanto, desde a sua aprovação, o SUS vem enfrentando problemas, como o subfinanciamento, a falta de concursos públicos, falta de equipamentos e de profissionais capacitados e precarização das ações, o que dificulta a construção e efetivação do direito universal à saúde (PAIM, 2009; 2018).

A psicologia tem se destacado como uma área essencial para a construção de políticas públicas e de práticas alinhadas aos princípios do SUS, visto que, seu papel se integra ao desenvolvimento de uma visão ampliada sobre as interações biopsicossociais existentes no processo saúde/doença e no trabalho em saúde.

As diretrizes como integralidade, equidade e participação social, preconizadas pelo SUS vêm contribuindo para a consolidação de ações coletivas centralizadas no desenvolvimento humano e na Promoção da Saúde. Como é o caso de mais de 60% da população ser acompanhada por programas e ações desenvolvidas pela Atenção Básica e pela Estratégia de Saúde da Família (FURTADO; CARVALHO, 2015). No entanto, essas iniciativas caminham lado a lado com propostas de privatização e terceirização das ações.

Os estudos sobre Saúde Coletiva nos ajudam a ampliar o conhecimento em relação as políticas e práticas de cuidado, uma vez que se propõem a compreender o fenômeno da saúde, enquanto um conceito amplo, complexo e socialmente marcado pelas condições de vida (PAIM, 2000; CAMPOS, 2009).

O *cuidado* é um conceito estratégico para se trabalhar com a saúde, articulando iniciativas teóricas e práticas que vinculem os fatores individuais e coletivos. Ele se exerce por meio do diagnóstico individual e situacional, do planejamento das ações, do monitoramento de processos de adoecimento, dos resultados relativos a determinados agravos e da situação de grupos populacionais específicos. Sendo assim, não se cuida efetivamente só de indivíduos, mas deles inseridos em seu ambiente, ou seja, não há saúde pública que não passe por um atento cuidado com cada uma das pessoas.

Portanto, ouvir o paciente é promover um encontro terapêutico (AYRES, 2004). Esse ato significa que por trás de cada patologia existe uma história e um sujeito que pede compreensão e cuidado. *Humanizar o cuidado* significa para Ayres (2004) trans-

formar as ações técnicas assistenciais numa relação de empatia e transformadora. O autor ressalta que o cuidado é designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência de adoecimento físico ou mental e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2019).

Debater a humanização na saúde mental já se tornou um tema clássico. Por isso é necessário ir além e propor uma visão mais pragmática do tema, evidenciando as ações que podem ser realizadas pela psicologia dentro do campo da saúde mental. Uma vez que esse campo não configura apenas um cenário de atuação, mas uma área interdisciplinar e transdisciplinar que envolve diversos saberes como os de psicologia, medicina, enfermagem, educação física, nutrição, antropologia, psicanálise, sociologia e outros.

No Brasil, tivemos a atuação de vários personagens importantes como a médica psiquiatra Nise da Silveira e de Osorio Cesar que desenvolveram trabalhos admiráveis questionando os tratamentos tradicionais realizados nos hospitais psiquiátricos que utilizavam técnicas agressivas como o eletrochoque e o isolamento do paciente de seu meio social. Com a contribuição de pessoas como as citadas foi se construindo um novo modelo de tratamento humanizado e com técnicas não agressivas. Essa mudança ocorreu em vários países como na Itália, por meio do trabalho realizado por Franco Basaglia em Gorizia e Trieste. Havia de comum entre todos, a superação do modelo hospitalocêntrico e da dicotomia entre o sujeito e a doença.

Um teórico que melhor retratou a situação dos hospícios foi Michael Foucault que estudou a loucura e o louco de várias formas, inclusive propondo que o processo de construção da loucura ocorre historicamente dentro de uma sociedade, a partir da forma como são produzidas as subjetividades. Os loucos e a loucura

eram excluídos e rejeitados da sociedade de maneira forçada, por discursos e meios de poder e controle de corpos e das mentes. Os pobres e desempregados, os moradores de rua, os loucos, dentre outros, eram alvo de exclusão social. Os discursos sobre os que tinham transtornos mentais produziam padrões de normalidade e anormalidade, reforçados pelas desigualdades sociais, preconceitos e pela competição numa sociedade capitalista, voltada para o lucro e o imediatismo. Por isso Foucault criou o conceito de *biopoder* como uma ferramenta necessária para disciplinar os corpos e subjetividades (FERREIRA NETO et al., 2009).

É dentro desse contexto que surgiu o movimento da Luta Antimanicomial, a partir da reforma psiquiátrica, por meio de um movimento de trabalhadores dos hospitais psiquiátricos, pacientes e familiares visando a mudar a forma como os pacientes eram tratados. O projeto de Lei n. 3657/89, de autoria do deputado Paulo Delgado, oficializou os princípios desse movimento, criando o atendimento psiquiátrico comunitário no Brasil, prevendo a extinção gradual dos manicômios e sua substituição por uma rede alternativa de serviços. Ainda que com muitos anos de atraso e com modificações em relação ao projeto inicial, a Lei 10.216 passou a vigorar em 2001, após 12 anos tramitando no Congresso Nacional.

A principal virtude da Luta Antimanicomial foi à conquista de garantias jurídicas e institucionais na busca dos direitos. No entanto, era preciso buscar não só a desospitalização da loucura através da criação de serviços substitutivos como os CAPS e as residências terapêuticas, como também reformar as práticas e a própria visão da sociedade, passando à reconhecer o louco, não como um estorvo, mas sim como um sujeito portador de cidadania e parte da sociedade.

Assim, foi-se construindo uma rede de atenção psicossocial, com serviços articulados aos territórios e comunidades os Cen-

tros de Atenção Psicossocial (CAPS). A área de psicologia passou a atuar em equipes multiprofissionais dentro dos CAPS, o que vem exigindo respostas concretas para os novos desafios e uma formação adequada dos profissionais.

Ao longo de todo esse complexo e lento processo de construção das redes de atenção psicossocial e a implantação dos CAPS em cada município do país, ocorreram muitos avanços, mas também retrocessos e controvérsias. Por exemplo, muitos se perguntam se a estrutura e o funcionamento de tais serviços estão adequados para determinadas demandas? Há gargalos ainda não transpostos na construção dessa rede, como a falta de leitos psiquiátricos nos hospitais gerais para casos que requerem internação; assim como garantia e ampliação do atendimento psicológico ambulatorial para as pessoas que necessitam acompanhamento e atendimento individual.

Vivemos hoje um contexto político complexo e incerto, agravado de forma muito intensa pela pandemia da COVID-19, o que torna o trabalho do psicólogo ainda mais necessário. Pois a COVID-19 obrigou as pessoas a fazerem mudanças bruscas em suas vidas, como o isolamento social, o uso de máscaras e o distanciamento das famílias e de pessoas que fazem parte dos grupos de risco. Essas situações têm gerado vários problemas psicológicos como ansiedade, depressão, estresse, dentre outros. Em consequência, a cobrança aos profissionais de saúde que precisam todos os dias lidar diretamente com a doença ficou cada vez mais intensa, o que pode gerar sofrimento psicológico também entre os profissionais (FARO, et al., 2020).

Dentro desse contexto complexo, o *reconhecimento perverso* poderia ser identificado como um dispositivo. De acordo com Lima (2010), esse conceito poderia ser definido como a redução das diversas personagens representadas pelo sujeito e que compõem sua identidade em uma personagem fetichizada, estigmatizada,

que cristaliza a pessoa dentro da sua identidade pressuposta e a impede de ser algo mais do que aquilo que lhe está designado.

[...] reconhecimento perverso não porque a reconhece enquanto alguém que está ali com uma situação problemática, mas perverso porque desconsidera toda sua história e a convence de que o problema [resultante de infinitas variáveis tais como desemprego, fome, abandono etc] é uma loucura individual (LIMA, 2010, p. 216).

As práticas desenvolvidas pelos psicólogos que atuam no CAPS tem sido assim um campo de conflitos. Enquanto profissional que estuda a subjetividade o psicólogo busca realizar atendimentos e atividades voltadas para a promoção da saúde, mas compreendendo a subjetividade de uma forma estática e, sem levar em conta a realidade social. É preciso que, em sua formação, estejam atentos para o fato de que grande parte dos problemas e demandas das doenças mentais e mesmo, alguns problemas que envolvem a saúde mental da população, são decorrentes das condições injustas e desiguais em que vivem, pois são produzidas socialmente por um sistema capitalista cuja marca estrutural é a desigualdade. Portanto, há necessidade de se elaborar e efetivar políticas públicas necessárias a amenizar as condições sociais vivenciadas por grande parte da população (GONÇALVES, 2010).

Segundo Gonçalves (2010), a psicologia teria um papel importante para buscar mudanças, na tentativa de superar as situações de opressão e as desigualdades sociais contribuindo para a transformação da sociedade. O estudo dos contextos sociais precisa entrar numa formação profissional mais engajada e, ao mesmo tempo humanitária e técnica. Essa proposta tem sido debatida em congressos, encontros pelo campo da psicologia comunitária e da psicologia social por autores como Martin-Baró (1997) e

Lane (2010). Lane (2010, p. 62) afirma que “a psicologia deveria se tornar uma ciência comprometida, política e eticamente, jamais neutra ou universal”, principalmente ao identificar as iniquidades sociais, a discriminação e a violência que tem sofrido grupos minoritários e grande parte da população pobre e miserável.

Portanto, não basta a criação de novos equipamentos e campos de atuação para o psicólogo. As práticas devem ser repensadas, devem ser revistas em seus pressupostos e ideais. A psicologia deveria ser convocada para atuar em processos de emancipação dos sujeitos e grupos na tentativa de contribuir ativamente para transformar as condições desiguais. Pois, necessitamos não apenas de novas práticas, mas também de novos aportes teóricos e modelos para a construção de práticas mais articuladas com as demandas de toda a população.

Os saberes e as práticas psicológicas passaram a ter avanços na medida em que seus conceitos se expandiram para promover a construção de uma práxis sanitária interdisciplinar, contribuindo para superar o modelo clínico biomédico patologizante.

O psicólogo na rede de atenção psicossocial deve trabalhar com ferramentas técnicas que enxerguem o sujeito com um olhar para além do individual, considerando potencialidades de saúde mental que favoreçam sua inserção na comunidade. Muitas atividades favorecem esse olhar mais contextualizado, como é o caso das oficinas, palestras e rodas de conversa e ações intersetoriais que fortifiquem as redes de apoio e a escuta psicológica em casos necessários as visitas domiciliares.

O fazer do psicólogo no CAPS é um tema muito debatido na atualidade, dada a quantidade de artigos, dissertações e teses divulgadas no meio acadêmico e pelo número de profissionais que estão atuando no contexto das Políticas Públicas.

Desta forma, este capítulo visa a apresentar elementos que possam contribuir para a discussão de uma proposta de protocolo

de atendimento em Saúde Mental na AB apresentado na parte deste livro, a partir da visão da humanização do cuidado em saúde mental. A ideia surgiu da necessidade de fundamentar e subsidiar seu trabalho nas equipes, contribuindo para construção da intersetorialidade e da integralidade das ações. Particularmente, frente à alta prevalência dos transtornos mentais e dos casos de uso abusivo de substâncias psicotrópicas.

DESENVOLVIMENTO

De caráter multiprofissional, as equipes do CAPS são compostas por diferentes profissionais como, por exemplo, médico psiquiatra, enfermeiro, psicólogo, assistente social, dentre outros. No entanto, aborda-se aqui especificamente a visão da psicologia, com ênfase na inserção do psicólogo nas equipes e na sua atuação nas Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) no contexto da Atenção Básica (AB) (ALEXANDRE, 2017).

O PSF—Programa de Saúde da Família surgiu na década de 1990 e se constituiu por meio de equipes que buscam proximidade com a população e desenvolver ações de prevenção e de promoção da saúde. Facchini et al. (2006) mostram que a consolidação do PSF foi um dos principais avanços na construção das políticas de saúde no Brasil, pois representou não somente uma nova organização, mas sim uma nova visão de práticas e de construção de novos espaços de trabalho na saúde. Deste modo, a Estratégia de Saúde da Família—nomenclatura atual—talvez tenha sido o programa de maior impacto na saúde da população brasileira. Principalmente, por incorporar equipes multiprofissionais e contribuir de forma efetiva para a municipalização da saúde e a descentralização das ações, diretrizes importantes do SUS. Apesar dos avanços alcançados, existem ainda muitos desafios a serem superados. Por isso,

foram criados os Núcleos de Apoio a Saúde da Família, os NASF, a partir da portaria GM n. 154, de 24 de janeiro de 2008.

A partir do material encontrado nas cartilhas do Centro de Referência em Políticas Públicas (CREPOP) e do Conselho Federal de Psicologia (CFP) (CFP, 2010; 2019), pode-se ressaltar que uma das principais características do trabalho do psicólogo é sua atuação nas ações de prevenção e promoção da saúde, a partir das demandas encontradas no próprio território (CFP, 2010). No entanto, na prática é inevitável refletir que esta ainda é uma lacuna a ser preenchida, uma vez que a inserção e o processo da atuação do psicólogo nesses equipamentos têm se mostrado um grande desafio ao longo dos últimos anos. Apesar da criação das equipes multiprofissionais, da ampliação e da diversificação de sua inserção, não existe uma proposta de protocolo instituído que dê suporte à atuação desse profissional em campo.

Entende-se assim, que a primeira ação para a promoção em Saúde Mental é realizar uma leitura da realidade do território, na tentativa de identificar pontos de apoio e obstáculos. Contudo, muitas são as dificuldades técnicas dos profissionais de psicologia para realizarem este primeiro diagnóstico, uma vez que suas ações são voltadas para o atendimento clínico, que constitui a principal demanda identificada pela psicologia tanto por parte da população, quanto por parte dos gestores e até de alguns profissionais. Neste sentido, é importante refletir e questionar sobre como se configura a identidade do psicólogo a partir de um campo tão complexo e cheio de conflitos de interesse e com demandas específicas apresentadas de acordo com a matricialidade de cada território.

O surgimento dos CAPS foi um marco na tentativa de superar o modelo hospitalocêntrico e trouxe novos referenciais para as práticas dos profissionais de psicologia na promoção e prevenção da saúde mental. Porém, não se pode dizer que a criação do CAPS

tenha sido suficiente para realizar as mudanças necessárias. A construção da Rede de Atenção Psicossocial tem sido uma realidade muito particular em cada município do território nacional e, infelizmente, apresenta-se como um palco de conflitos, desmontes e resistência para o trabalho dos profissionais da psicologia, ficando evidente a distância entre o que é estudado durante a sua formação acadêmica e aquilo que ele encontra na prática profissional. Portanto, vários são os questionamentos: sobre quais deveriam ser as competências e habilidades dos psicólogos que atuam nos CAPS; e qual deveria ser sua função nas redes de atenção psicossocial da Atenção Básica.

Santos (2015) entende que, um dos principais desafios a serem superados quando se discute esse tema, é a precarização do trabalho dos profissionais da saúde, entre os quais se inserem os psicólogos. Esse fator tem influenciado as práticas profissionais de forma negativa, uma vez que a falta de concursos e as contratações temporárias, sobretudo, refletem nos serviços. Mas, certamente, também o processo de formação dos profissionais de psicologia precisa ser repensado, o que inclui o compromisso social com a população adscrita (POMBO-DE-BARROS; MARSDEN, 2008).

Grande parte dos problemas e demandas por tratamento mental é decorrente das condições injustas e desiguais em que vive grande parte da população brasileira. Daí a necessidade de efetivar políticas públicas que possam modificar a realidade, e capazes de amenizar as condições sociais desiguais vivenciadas pelo povo brasileiro (GONÇALVES, 2010).

Assim, a ação de promoção da saúde mental realizada pelo psicólogo necessitará de certa “liquidez”, como recomenda Bauman, no sentido de uma construção fluida e contínua de saber/poder que possibilite movimentos de emancipação e não de controle das subjetividades (FOUCAULT, 1984). E é preciso ter atenção também porque o que velho continua presente e resistente, por

meio das propostas retrogradadas de inclusão dos Hospitais Psiquiátricos nas RAPS, o financiamento e compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia e a possibilidade de internação compulsória de crianças e adolescentes. Há ainda muita busca de controle, que Lima (2010) define como reconhecimento perverso.

Dentro deste contexto, o reconhecimento perverso, de acordo com Lima (2010) e Gonçalves Neto & Lima (2010), pode ser definido como a redução das diversas personagens representadas pelo sujeito, que compõem sua identidade, em uma personagem fetichizada, estigmatizada, a qual cristaliza a pessoa dentro da identidade pressuposta e a impede de ser algo mais do que aquilo sob o que está designado. Derivando do diagnóstico de doença mental, trata-se de “reconhecimento perverso não porque a reconhece enquanto alguém que está ali com uma situação problemática, mas perverso porque desconsidera toda sua história e a convence de que o problema [resultante de infinitas variáveis tais como desemprego, fome, abandono etc.] é uma loucura individual” (LIMA, 2010, p. 216).

Visando a contribuir com as práticas de cuidado em saúde, a Política Nacional de Humanização (PNH) foi homologada em 2003 com o objetivo de efetivar os princípios do SUS nas práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários (BRASIL, 2010). A PNH também incentiva a construção de processos coletivos para o enfrentamento das relações de poder, trabalho e afeto, que por vezes inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si (BRASIL, 2010).

Em 2004 foi realizado o 1º Seminário Nacional de Humanização em Brasília com o prêmio “David Capistrano: O SUS que

dá certo”. Desde então, é nas experiências positivas, concretas e vividas nos equipamentos de saúde por todo o território nacional, que a PNH se respalda, aglutina forças e fomenta novas práticas de saúde. Portando como lema: “SUS que dá certo”, a humanização ascende à condição de política pública, deixando de ser opção de uma determinada gestão ou partido, enfatizando que os processos de humanização levam em conta as características locais de cada realidade social e das pessoas, e não são generalizáveis (BRASIL, 2011).

CONCLUSÃO

Ao começar este capítulo trazemos algumas reflexões que estiveram presentes o tempo todo deste trabalho. Finalizamos voltando ao ponto inicial da discussão, tal qual como a fita de Möbius, onde um objeto é impossível de ser orientado, sendo que a parte de cima poderia ser ao mesmo tempo a parte de baixo. Não temos uma lista de atividades ou ações a serem realizadas e implementadas pela psicologia, não porque não existam, mas sim porque elas vão ser construídas no contexto do território onde acontecem. Este é o sentido de construção da promoção em saúde mental: buscar compreender o indivíduo em seu contexto e desenvolver as ações a partir das demandas do território. Podendo ser desenvolvidas práticas como o projeto terapêutico singular, o apoio matricial (PINTO et al., 2012) e a clínica ampliada, e outras ações que sinalizamos aqui a título de sugestões do que um “manual a ser seguido”, tais como:

- ▶ Avaliação e/ou orientação para encaminhamento qualificado para a RAPS/ outros setores.
- ▶ Atendimento a usuários em atenção domiciliar tipo um (que requer cuidados com menor frequência e com menor neces-

sidade de intervenções multiprofissionais, uma vez que se pressupõe estabilidade e cuidados satisfatórios pelos cuidadores);

- ▶ Atendimento individual ou compartilhado com equipe de saúde da família na USF.
- ▶ Discussão de casos com equipe de referência e elaboração de projetos terapêuticos singulares, genogramas e ecomapas, assim como Projeto de Saúde do Território;
- ▶ Ações de educação em saúde;
- ▶ Apoio técnico pedagógico para equipe de referência;
- ▶ Oficinas e grupos operacionais que atendam necessidades dos usuários.
- ▶ Orientação específica e/ou sobre as ofertas da USF;
- ▶ Adiantamento de ações previstas em protocolos;
- ▶ Inclusão em ações programáticas;
- ▶ Agendamento para consultas (enfermagem, médica e/ou odontológica);
- ▶ Encaminhamentos / orientações para ações/ programas intersectoriais;
- ▶ Encaminhamentos para outros pontos de atenção conforme necessidade;
- ▶ Inserção em grupos operacionais (ensino-aprendizagem, comunitários, institucionais ou terapêuticos) e oficinas, por exemplo, de leitura, artesanato, pintura, jogos, terapia comunitária, planejamento familiar, educação sexual, gestantes, atividade física e práticas corporais, práticas integrativas etc.

Na tentativa de uma conclusão deste capítulo, concordamos com a proposta do protocolo de atendimento, apresentado ao final deste livro, como um caminho a ser construído ao caminhar. Outrossim, propomos um trabalho artesanal, em que os profissionais precisam se questionar sobre seus verdadeiros propósitos, que muitas vezes geram medos, bloqueios e angústias. Por últi-

mo, lembramos que o final é em si um novo começo e traz outras perguntas que agora buscam novas respostas.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, Marta de Lima; ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. Prática do Psicólogo na Atenção Básica–SUS: conexões com a clínica no território. **Contextos Clínic**, São Leopoldo, v. 10, n. 2, p. 284-299, dez. 2017.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e sociedade**, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS):** princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, n.204, p.55, 24 out. 2011. Seção 1, pt1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF:** Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 152 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS:** Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias dos SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza-sus_2004.pdf. Acesso em: 25 Out. 2019.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et. al. (2009). **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: Hucitec, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Práticas profissionais de psicólogos e psicólogas na Atenção Básica à Saúde.** Brasília: CFP/CREPOP, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Referências técnicas para atuação de psicólogos (os) na atenção básica à saúde.** 2. ed. Brasília: CFP, 2019.

FACCHINI, Luiz Augusto et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 669-681, set. 2006.

FARO, André et al. COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 37, e200074, 2020.

FERREIRA NETO, João Leite et al. Apontamentos sobre promoção da saúde e biopoder. **Saúde e Sociedade**, v. 18, p. 456-466, 2009.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

FURTADO, Maria Edilânia Matos Ferreira; CARVALHO, Liliane Brandão. O Psicólogo no NASF: potencialidades e desafios de um profissional de referência. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 7, n. 1, p. 9-17, jun. 2015.

Gonçalves, Maria da Graça M. Psicologia, subjetividade e políticas públicas. São Paulo: Cortez, 2010.

LANE, S. T. M. A psicologia social na América Latina: por uma ética do conhecimento. In: CAMPOS, Regina Helena de Freitas; GUARESCHI, Pedrinho A. **Paradigmas em psicologia social: a perspectiva latino-americana**. 5 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

LIMA, Alúcio Ferreira de. **Metamorfose, anamorfose e reconhecimento perverso: a identidade na perspectiva da psicologia social crítica**. São Paulo: FAPESP, 2010.

MARTÍN-BARÓ, Ignacio. O papel do psicólogo. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 2, n. 1, p. 7-27, 1997.

PAIM, Jairnilson Silva. Avanços e desafios do SUS. In: PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. RJ: Fiocruz, 2009. p. 125-139.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000. p. 59-71.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, jun. 2018.

Pinto, Antonio Germane Alves et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 653-660, mar. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300011>. Acesso em: 25 out. 2019.

POMBO-DE-BARROS, Carolina Fernandes; MARSDEN, Melissa. Reflexões sobre a prática do psicólogo nos serviços de saúde pública. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 1, p. 112-123, abr. 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672008000100010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 30 mar. 2021.

SANTOS, Willian Tito Maia. **Da precarização do trabalho às potencialidades do cuidado: A inserção de profissionais da psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)**. 2015. Tese (Doutorado)–Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

CAPÍTULO XVI

FONOAUDIOLOGIA NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: CONTEXTO HISTÓRICO, POLÍTICAS E INTERVENÇÃO

*Denise Batista da Costa
Ariana Elite dos Santos*

ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

O cuidado oferecido às pessoas com diagnóstico de transtornos mentais historicamente apresentava condições invasivas e alienantes, com longas internações em instituições psiquiátricas e isolamento social (PITTA, 2011). O Movimento da Reforma Psiquiátrica surgiu no Brasil em meados da década de 1970, visando a superar o modelo manicomial e promover melhores condições de assistência. Neste sentido, foram criados dispositivos para contribuir para a construção de um novo lugar social para o sujeito em sofrimento mental (ALMEIDA; CUNHA; SOUZA, 2013). No contexto de desinstitucionalização, a fonoaudiologia surge com o aumento do trabalho das equipes multi

e interdisciplinares e com o desafio de mudança do paradigma hospitalocêntrico.

Com o surgimento do SUS, novas legislações foram criadas com a finalidade de regulamentar e promover ações em saúde mental pautadas na Reforma, entre elas, a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 veio a dispor sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redirecionar o modelo assistência, além de estabelecer que é responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos indivíduos com transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família (BRASIL, 2001).

Mas antes disso, a fonoaudiologia já entrava no universo das instituições psiquiátricas, mais efetivamente a partir de 1992, com a implantação da Portaria 224/92 que trazia, como uma de suas diretrizes, a multiprofissionalidade na prestação de serviços aos indivíduos com transtornos mentais, superando críticas quanto à formação especializada e predominantemente curativa dos profissionais de saúde dessa área. Essa configuração passou a ser modificada por meio de uma nova estrutura do quadro de profissionais, promovendo o acréscimo de trabalhadores de nível médio, como os técnicos de enfermagem e somando, ao campo, profissionais de nível superior não médicos, motivando o desenvolvimento do trabalho em equipe de saúde e multiprofissional (ANJOS FILHO; SOUZA, 2017).

A partir dessa Portaria, a equipe técnica de Saúde Mental para atuação nas unidades básicas/centros de saúde passou a ser definida segundo critérios do órgão gestor local. E podendo contar com equipe composta por profissionais especializados: médico psiquiatra, psicólogo e assistente social ou com equipe integrada por outros profissionais (médico generalista, enfermeiro, auxiliares e agentes de saúde). No ambulatório especializado,

a equipe multiprofissional deveria ser composta por diferentes categorias de profissionais especializados (médico psiquiatra, médico clínico, psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, neurologista e pessoal auxiliar), cuja composição e atribuições seriam definidas pelo órgão gestor local.

Duas pioneiras nessa área contaram em um livro como foi o início desse processo, que se deu a partir de 1985. A fonoaudióloga Elaine Herrero passou a atuar no Ambulatório de Saúde Mental de Franco da Rocha, cidade onde estava localizado o Complexo Hospitalar do Juqueri – ícone do modelo manicomial. O Ambulatório realizava atendimentos a adultos, adolescentes e crianças por meio de equipes multiprofissionais, sendo dedicada à fonoaudiologia, a atenção voltada para crianças que apresentavam alterações de linguagem e de aprendizagem. O novo repertório de saberes multidisciplinares fez surgir um olhar para além das alterações específicas já de domínio fonoaudiológico (LYKOUROPOULOS; HERRERO, 2014).

Em 1992, Cristiana Lykouropoulos trouxe novas contribuições com seu trabalho no Ambulatório de Saúde Mental da Lapa, na cidade de São Paulo, o que se tornaria referência para os serviços de Saúde Mental subsequentes, pois recebia egressos de hospitais psiquiátricos, pessoas em primeiro surto, crianças psicóticas e autistas (LYKOUROPOULOS; HERRERO, 2014). Assim como Herro, Lykouropoulos quis fazer mais do que as cartilhas técnicas da época propunham, tornando-se uma das pioneiras na idealização e na prática da fonoaudiologia em saúde mental, implantando e coordenando um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil e abrindo espaços de discussão nos Congressos e na Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, entre outros feitos.

Como visto, no âmbito das políticas públicas, a Saúde Mental tem apresentado importantes avanços com propostas para o cuidado integral às pessoas em sofrimento mental (BORGES, BAP-

TISTA, 2008), com foco no princípio da desinstitucionalização, ou seja, rompendo com a centralidade da atenção hospitalar que concentrava mais de 90% dos recursos financeiros, físicos e humanos da saúde mental pública até o início dos anos 1990 (GONÇALVES; VIEIRA; DELGADO, 2012). Esses avanços seguiram na perspectiva da Atenção Psicossocial em Saúde Mental, com a criação dos Centros de Atenção Psicossocial, os CAPS.

Os Centros de Atenção Psicossocial foram criados em 2002, com a Portaria GM nº 336, que os categorizou por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I (população entre 20.000 e 70.000 habitantes), CAPS II (população entre 70.000 e 200.000 habitantes), CAPS III (população acima de 200.000 habitantes), CAPSi, para atendimentos a crianças e adolescentes, em uma população de cerca de 200.000 habitantes e CAPSad, votado aos usuários com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas em municípios com população superior a 70.000. Foram criadas diversas Portarias a partir de então, de acordo com as modalidades, equipe mínima, procedimentos e financiamentos (BRASIL, 2002).

As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental e são capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de usuários com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Essa Portaria prevê o fonoaudiólogo como profissional da equipe técnica do Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil – CAPSi, porém não há dispositivos legais ou infralegais que assegurem a atuação fonoaudiológica nos outros CAPS.

Os CAPS representam as principais estratégias para a organização dos serviços de Saúde Mental (CAMPOS et al., 2009), ampliando-se o conceito de clínica e fortalecendo os processos de socialização (RABELO, 2006), utilizando o próprio ambiente como

espaço de convívio social e diversas expressões, diferindo assim da prática do consultório.

Esses serviços atendem, diariamente, à população em seu território e prestam acompanhamento clínico e reabilitação psicossocial aos sujeitos em sofrimento mental, contando com uma equipe multidisciplinar formada por psiquiatra, enfermeiro, psicólogo, assistente social e outros profissionais, que prestam cuidados através de atendimentos individuais ou grupais, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento da família e atividades comunitárias, entre outros serviços (MARTINHAGO; OLIVEIRA, 2012).

Apesar dos avanços legais resultantes do movimento antimanicomial, a Portaria Nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017 que fala da Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental/ Unidades Ambulatoriais Especializadas apresenta alterações significativas na Rede de Atenção Psicossocial, a RAPS. Isso leva a Política de Saúde Mental a um retrocesso dos serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico com o financiamento e implantação de recursos de lógica manicomial. A supervalorização do Ambulatório em relação aos CAPS, a centralização do cuidado no modelo biomédico e o aumento e legitimação das internações são alguns dos riscos que a RAPS corre. Seguir na luta antimanicomial é um dos principais desafios nas políticas públicas atuais em saúde mental.

Um estudo de Lima, Lima e Marques (2017) sobre a percepção de profissionais envolvidos na gestão e assistência de um CAPS do interior do Nordeste demonstrou que o financiamento é insuficiente, o trabalho interdisciplinar é fragmentado devido às várias formas de vínculos dos membros da equipe multiprofissional, há falta de capacitação, há ações de gestão de forma unilateral e inadequação da estrutura física às práticas terapêuticas em saúde mental. Neste contexto, os autores consideram que é fundamen-

tal que a teorização da política em saúde mental não se dissocie de sua prática, a julgar pela importância do trabalho dispensado aos familiares e usuários do Centro de Atenção Psicossocial, tornando-se necessário o desenvolvimento de ações planejadas por toda a equipe gestora/assistencial, para que seja possível consolidar esse novo modelo de cuidar.

A atenção primária à saúde, em relação à saúde mental é tarefa que envolve a formação e a educação permanente de profissionais e a gestão do cuidado (SILVEIRA et al., 2017). Nessa perspectiva, a concretização de uma atenção psicossocial integral no cuidado em saúde mental ainda parece necessitar percorrer um longo caminho, haja vista que nem as leis reconhecem como imprescindível, a presença de todos os profissionais de saúde nas equipes dos CAPS, como no caso da fonoaudiologia.

O foco dos serviços de atenção psicossocial é a reabilitação, já que os serviços que trabalham na perspectiva da reforma psiquiátrica se intitulam reabilitadores. As diversas estratégias e fatores acionados na reabilitação psicossocial correspondem à complexidade de aspectos existentes na vida de uma pessoa. Essas práticas propõem um modelo de atenção interativo e complexo, que contemple as abordagens biológica, psicológica e social (COSTA et al., 2012). Nesse sentido, passa-se a valorizar o trabalho interdisciplinar voltado para as potencialidades individuais das pessoas com diagnóstico de transtornos mentais (CAMPOS et al., 2009). A fonoaudiologia, assim como as outras áreas da saúde, pode contribuir diretamente para otimizar os serviços por meio de práticas específicas, nesse caso, utilizando o comportamento comunicativo como instrumento para a reabilitação psicossocial.

Portanto, a construção da clínica fonoaudiológica em saúde mental ocorre a partir da busca por um espaço em terrenos comuns com outros profissionais, objetivando desenvolver capacidades gerais necessárias a um serviço de saúde mental, mas com

uma percepção do que distingue e é de competência exclusiva do fonoaudiólogo.

Ainda são poucos os relatos literários de atuação direta da fonoaudiologia em serviços de atendimento público a indivíduos com diagnóstico de transtornos mentais, o que constitui um desafio atual para os fonoaudiólogos, sendo citada apenas a presença obrigatória do profissional fonoaudiólogo na equipe mínima dos CAPSi, mas não nos outros CAPS, por exemplo, onde o público-alvo é de adultos (SANTOS et al., 2014).

Se, por um lado, os ambulatórios de saúde mental foram importantes porta de entrada para o fonoaudiólogo no sistema público de saúde, por outro, em tempos de implantação dos CAPS, sua presença nas equipes ainda não está consolidada. Em mais de 20 anos de SUS e sob a égide dos avanços da Reforma Psiquiátrica é preciso tornar consistentes também as práticas que tangem ao campo da linguagem, como potência de reabilitação psicossocial e inclusão de crianças, adolescentes e adultos acometidos por transtornos psiquiátricos de maior complexidade (SANTOS et al., 2014). Lykouropoulos e Herrero, em capítulo no “Tratado das Especialidades em Fonoaudiologia” (2014), concordam que a comunicação é um aspecto significativo na determinação das condições psicossociais dos sujeitos, bem como em suas possibilidades de desenvolvimento e que o fonoaudiólogo que atua na área de saúde mental tem, como desafio, desenvolver intervenções que busquem a promoção do direito de expressar.

Segundo o Conselho Federal de Fonoaudiologia, é função do fonoaudiólogo atuante nos CAPS: identificar a necessidade de inserção do indivíduo neste serviço; realizar planejamentos terapêuticos personalizados; realizar atendimentos individuais e/ou em grupo; orientar as famílias e articular com outros equipamentos da rede, facilitando a inclusão social (CFFa, 2014).

Como a intervenção clínica fonoaudiológica propriamente dita não é a proposta do CAPS, já que a abordagem é focada nos aspectos psicossociais, trabalhando o usuário dentro do contexto de suas relações comunitárias, não é função do fonoaudiólogo realizar reabilitação/terapia fonoaudiológica dentro deste serviço, substituindo-as por atendimentos individuais ou em grupo com o objetivo de promover momentos que estimulem o desenvolvimento da comunicação oral e, caso seja identificado algum distúrbio de comunicação, a pessoa deve ser encaminhada à rede especializada (CFFa, 2014). A proposta é que a fonoaudiologia ultrapasse a barreira da visão exclusiva para as alterações fonoaudiológicas em direção à construção de uma clínica psicossocial, fortalecendo o papel político deste profissional na luta pela implantação da Reforma Psiquiátrica, em defesa do cuidado integral em saúde mental (ARCE, 2014).

A respeito da intervenção fonoaudiológica na Atenção Psicossocial, alguns estudos relatam a escassez da presença desse profissional nesses serviços e sua exclusividade aos CAPS infanto-juvenis. Bonamigo e Pereira (2012) realizaram um estudo que investigou o número de fonoaudiólogos inseridos em CAPS e as características das atividades desenvolvidas, mas não encontraram esses profissionais em nenhum dos serviços pesquisados. Já Almeida (2014) estudou a atuação dos fonoaudiólogos nos CAPS do Estado de São Paulo e verificou que a maior parte deles atua nos CAPS tipo infantil, a maioria relatou não apresentar conhecimentos prévios sobre saúde mental e ter aprendido sobre o serviço no próprio cotidiano do trabalho individual e grupal. A revisão de literatura realizada por Vechi, Chirosi e Prado (2017) sobre a inserção social de pessoas com transtornos mentais por meio do trabalho citou a possibilidade da participação de fonoaudiólogos nas oficinas terapêuticas dos CAPS, mas não relatou a presença, de fato, desses profissionais nos serviços.

É importante ressaltar que a intervenção fonoaudiológica na saúde mental transita em todos os ciclos da vida e tem, como alvo: constituir e sustentar o papel do interlocutor ativo e efetivo; considerar os desdobramentos que a comunicação tem para a saúde e os riscos que ela representa para a doença e acreditar na diferença que a transformação da comunicação opera no estabelecimento dos laços sociais e na transformação da vida, ou seja, “atuar com o sujeito que fala e não com a patologia que o cala” (LYKOUROPOULOS; HERRERO, 2014).

No serviço de Saúde Mental, o fonoaudiólogo pode atuar visando estimular a criatividade, a participação coletiva e a aprendizagem de modo a favorecer condições que facilitem a reinserção social do indivíduo com transtorno mental (LIPAY; ALMEIDA, 2007). Dentro desse serviço, Pasetti (2000) apontou que o fonoaudiólogo poderia promover a comunicação oral e escrita por meio de oficinas ou grupos, mas que a falta de uma compreensão ampla acerca do conceito de saúde, em especial de saúde mental, o que pode levar à adoção do modelo clínico tradicional, que visa apenas à cura em detrimento das ações de promoção de saúde.

Hoje, sabe-se que esse novo olhar para a saúde mental está em constante evolução e abordagens inovadoras estão surgindo como recurso para atuação, principalmente por meio de trabalhos grupais. Como citado anteriormente, a Fonoaudiologia, historicamente, caracteriza-se por atendimentos individuais. Entretanto, alguns estudos mostram que atendimentos em grupos se têm mostrado como uma alternativa que, além da questão prática, tem revelado uma relação diferente, tornando possível emergir sentimentos diversos como raiva, além de discordâncias, crenças e mudanças de atitudes marcadas pela reflexão (SOUZA et al., 2012).

A atuação fonoaudiológica em grupo surgiu na década de 1980, inicialmente, a partir da necessidade de atendimento a uma

demanda maior em menor tempo, devido ao pequeno número de profissionais (CORRÊA, 1994). Todavia, com o passar do tempo, estudos demonstram que o grupo terapêutico também pode ser um importante “lugar” de trocas, vivências culturais e partilha de conhecimentos (LEITE; PANHOCA, 2003; MERCUCCHI; PANHOCA, 2004), destacando-se que a abordagem grupal não é entendida simplesmente como um meio de atender à demanda, mas como um recurso terapêutico de grande valia (SANTANA; SIGNOR, 2015).

Essa modalidade de atuação em grupo se tornou importante na Fonoaudiologia, e, apesar de a atuação fonoaudiológica em saúde mental ainda ser uma área em processo de descoberta, acredita-se que o grupo seja a melhor estratégia de atuação, pois permite espaço amplo e importante de construção conjunta de conhecimentos, trocas de experiências e (re) significações, contribuindo para o desenvolvimento da linguagem e da subjetividade (LEITE; PANHOCA, 2003).

Vários são os papéis do fonoaudiólogo no atendimento em grupo (coordenador, participante-coordenador, mediador, agente, interlocutor ativo). Porém, nesses papéis, eles focalizam os objetivos de cada sessão, com regras de convivência grupal e rotinas que levam os membros do grupo a se organizarem (ARAÚJO; FREIRE, 2011). Para sua formação, é importante que se estabeleçam alguns critérios como dimensão, faixa etária e duração. É fundamental realizar uma avaliação das condições de cada sujeito, para que se possa direcionar e formar o grupo (SANTANA; SIGNOR, 2015).

As práticas grupais são estratégias positivas de intervenção coletiva que contribuem para a superação do modelo biomédico de atenção à saúde, para a autonomia dos sujeitos e para reduzir o foco na doença e valorizar outras dimensões de vida, trabalhando-se assim, o conceito de promoção da saúde (MENDELSON et al., 2011). O papel do fonoaudiólogo deve ser o de mediador e interlocutor, utilizando a linguagem como um recurso de expressão

dos sujeitos e de suas necessidades e estratégias de facilitação da comunicação entre os integrantes do grupo (MACHADO, BERBERIAN; MASSI, 2007).

O estudo de Souza et al. (2011) mostrou que, através das experiências relatadas conclui-se pela possibilidade de o trabalho terapêutico grupal ser efetivo e eficaz na Fonoaudiologia, resolvendo ou amenizando o impacto social dos distúrbios da comunicação. A linguagem dá forma à inserção/reinserção do sujeito no meio social. Os autores reiteram que as distintas metodologias para a abordagem grupal também trazem um desafio para o fonoaudiólogo, pois ainda são necessárias adaptações que sugerem a necessidade de desenvolvimento de metodologia própria (SOUZA et al., 2011).

O campo de intervenção da fonoaudiologia é vasto e possibilita diferentes meios, definidos de acordo com os objetivos terapêuticos, as necessidades do cliente/paciente e os recursos disponíveis.

Os profissionais da saúde, entre eles o fonoaudiólogo, devem estar dispostos a coadjuvar com outros modos de tratar os sujeitos em sofrimento mental, no sentido de contribuir para o desenvolvimento de perspectivas integrais de atenção à saúde mental da população, atuando na diversidade das demandas dos usuários e na consequente necessidade de trocas e integração de saberes. Nessa perspectiva, trabalha-se com a valorização do sujeito no exercício da cidadania e da inserção social, tornando oportuna a construção de estratégias de trocas sociais solidárias e inclusivas no ambiente no qual tal indivíduo está inserido. Para isso, é importante estabelecer vínculos com a família, a comunidade, o trabalho, a escola, o esporte, dentre outros.

Santos (2018) desenvolveu um estudo sobre a efetividade da intervenção fonoaudiológica grupal no comportamento comunicativo de indivíduos adultos com diagnóstico de esquizofrenia,

já que este é um dos transtornos em que mais foram observadas alterações comunicativas na prática clínica, segundo a autora. O Programa de intervenção foi desenvolvido considerando-se estratégias comumente utilizadas na prática fonoaudiológica para trabalhar habilidades comunicativas do discurso, pragmática, léxico-semântica e prosódia, previamente avaliadas e posteriormente reavaliadas. O público em questão foi considerado de acordo com a faixa etária, a escolaridade, o diagnóstico e, principalmente, interesses. Foi observada melhora no discurso, no uso da linguagem (pragmática), no vocabulário (léxico-semântica) e, principalmente, no aspecto de prosódia emocional, o que indica que os participantes passaram a expressar suas emoções de maneira mais efetiva, por meio de entonações emocionais (SANTOS, 2018).

ATENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA EM SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL

As mudanças no cuidado em saúde mental propostas pela forma psiquiátrica e a partir da portaria nº 336/02, implementaram um novo modelo assistencial às pessoas em sofrimento mental com a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Dentre os diversos modelos de CAPS encontra-se o Infanto-Juvenil (CAPSi), voltado ao cuidado psicossocial de crianças e adolescente até os 18 anos de idade, se concretizando como a principal estratégia para essa faixa etária (BRASIL, 2014).

O fonoaudiólogo integra a equipe mínima dos CAPSi participando de diversas ações que transcendem a intervenção clínica da patologia da comunicação. Assim, o fonoaudiólogo atua desde a identificação da necessidade da inserção do usuário no CAPSi para acompanhamento psicossocial, na construção do Projeto Terapêutico Singular, na realização de intervenções em grupos

terapêuticos e operativos, ampliando o acesso à assistência do acompanhamento fonoaudiológico, na integração de orientações à família do usuário e na articulação com a rede de cuidados em saúde (CFFa, 2014).

O fonoaudiólogo inserido nos CAPS, em geral, necessita desprender-se dos cuidados centrados na clínica fonoaudiológica com foco na reabilitação da patologia e ampliar a visão de cuidados, considerando o indivíduo um ser social e, na perspectiva da clínica ampliada, direcioná-lo ao acolhimento e cuidado multidisciplinar (ALMEIDA, 2014). A proposta de atendimento psicossocial dos usuários dos CAPSi organiza-se para favorecer e fortalecer as relações sociais dos usuários de forma a minimizar o sofrimento emocional. A Fonoaudiologia, como ciência da comunicação, contribui com o aprimoramento das alternativas verbais e não verbais, fomentando a importância do indivíduo enquanto ser social com vínculos interpessoais com a equipe, a família e a comunidade (ALMEIDA, 2014; ARCE, 2014).

A entrada do usuário nos serviços em saúde mental se concretiza através do acolhimento, o qual no CAPS infanto-juvenil é realizado por meio do responsável. Essa acolhida se torna a oportunidade de entendimento da dinâmica familiar em relação ao sofrimento mental da criança ou do adolescente e de estabelecimento de vínculo da família com o serviço (BRASIL, 2014). Assim, o primeiro contato dos profissionais com o caso é a versão oferecida pelos responsáveis, cabendo ao profissional colher a história com o maior número de informações. O fonoaudiólogo precisa realizar uma entrevista para conhecimento dos aspectos de desenvolvimento biopsicomotor, de linguagem e sociais e para inserir o usuário na forma de acompanhamento mais apropriado.

A inserção do usuário no serviço de acompanhamento psicossocial após o momento de acolhida deve priorizar a organização de uma rotina diária dentro do CAPSi, objetivando o melhor

atendimento e adesão ao processo de assistência (MENEZES, 2014). O fonoaudiólogo, nessa perspectiva, participa, juntamente com a equipe multidisciplinar, da elaboração do Projeto Terapêutico Singular, com o objetivo de inclusão de suas atividades coletivas e sociais priorizando as necessidades individuais de cada criança ou adolescente.

O processo terapêutico fonoaudiológico em saúde mental infantil deve ter como finalidade a melhora da comunicação do usuário, seja ela por meio oral ou por vias alternativas de comunicação, identificando alterações dos aspectos linguísticos, de motricidade orofacial, auditivos e vocais (CFFa, 2014).

As alterações não devem ser tratadas prioritariamente de forma individualizada, mas sim, de forma coletiva no atendimento em grupo, alinhado aos objetivos psicossociais de outros profissionais da equipe multidisciplinar. Assim, ocorre a necessidade de adaptação da intervenção clássica da clínica fonoaudiológica, priorizando o atendimento integral dos usuários infanto-juvenis. Quando identificada a necessidade de acompanhamento individual, o fonoaudiólogo deve realizar o encaminhamento para atendimento fonoaudiológico da rede de assistência especializada em reabilitação.

O acompanhamento integral realizado pelo fonoaudiólogo em saúde mental infanto-juvenil precisa estabelecer vínculos com a família, escola e comunidade na qual o usuário está inserido para um processo de cuidado cooperativo. A identificação da situação de vulnerabilidade da criança ou adolescente no âmbito social e no estado de saúde deve ser notificada e encaminhada para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (SANTOS, 2018).

Algumas dificuldades podem se apresentar ao fonoaudiólogo que se insere no campo da saúde mental infanto-juvenil. Dentre elas, o desconhecimento do funcionamento da Rede de Atenção

Psicossocial (RAPS); a urgência de romper com paradigmas clássicos impostos historicamente sobre a doença mental; a necessidade de ampliar o olhar sobre o cuidado ao paciente, não apenas o vendo como uma patologia da comunicação, mas na integralidade de um ser social. Os currículos dos cursos de graduação em Fonoaudiologia, em sua maioria, não contemplam os aspectos psicossociais dos indivíduos, e faltam disciplinas e experiências práticas na área de saúde mental. Em geral, os profissionais são formados numa visão clássica de cuidado, o que necessita de mudança, pois cada vez mais cresce o percentual de fonoaudiólogos inseridos nos serviços de atenção à saúde mental, público importante para a ampliação do acesso à atenção fonoaudiológica.

CONCLUSÃO

Salienta-se que o fonoaudiólogo pode contribuir de maneira significativa para o atendimento clínico e para a formulação de programas de intervenção em saúde mental.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, B. P. B. **Fonoaudiologia e Saúde Mental: atuação do fonoaudiólogo nos Centros de Atenção Psicossociais do Estado de São Paulo**. [Tese]. São Paulo, São Paulo 2014.

ALMEIDA, B. P. B.; CUNHA, M. C.; SOUZA, L. A. P. Alterações da comunicação em pacientes institucionalizados portadores de esquizofrenia crônica. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v. 16, n. 1, 2011.

ANJOS FILHO, N.C. dos; SOUZA, A.M.P. A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Interface**, Botucatu, v.21, n.60, 2016.

ARAÚJO, M.C.B.; FREIRE, R. M. A. C. Atendimento fonoaudiológico em grupo. **Revista Cefac**, v. 13, n. 2, 2011.

ARCE, V.A.R. Fonoaudiologia e Saúde Mental: reorientando o trabalho na perspectiva da atenção psicossocial. **Revista CEFAC**, v. 16, n. 3, p. 1004-1012, 2014.

BONAMIGO, A. W.; PEREIRA, T. S. Speech therapy and mental health. **International Archives of Otorhinolaryngology**, v. 16, n. 103, 2012.

BORGES, C.F.; BAPTISTA, T. W. F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**. Brasília: MS, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336/GM**, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília: 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental (PNSM)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CAMPOS, R. T. O.; FURTADO, J. P.; PASSOS, E.; FERRER, A.L.; MIRANDA, L.; GAMA, C. A. P. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.43, n. 1, 2009.

CORRÊA, M. B. Considerações sobre terapia de grupo na clínica fonoaudiológica. In: LIERDE-VITTO, M. F., organizador. **Fonoaudiologia: No sentido da linguagem**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1994, p. 39-46.

COSTA, A.; SILVEIRA, M.; VIANNA, P.; SILVA-KIRUMOTO, T. Desafios da Atenção Psicossocial na Rede de Cuidados do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. 7, 2012.

FONOAUDIOLOGIA, Conselho Federal. **25 anos do SUS: a Fonoaudiologia na luta pela integralidade na atenção à saúde**. Sistemas de Conselhos Federal e Regionais de Fonoaudiologia, 2014.

GONÇALVES, R. W.; VIEIRA, F. S.; DELGADO, P. G. G. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 51-58, 2012.

LEITE, A. P. D.; PANHOCA, I. A constituição de sujeitos no grupo terapêutico fonoaudiológico: identidade e subjetividade no universo da clínica fonoaudiológica. **Revista Distúrbios da Comunicação**, v. 15, n. 2, 2003.

LIMA, I.C.S.; LIMA, S.B.A.; MARQUES, A.D.B. Desafios do processo de gestão de um centro de atenção psicossocial de um

município do interior do nordeste brasileiro. **Revista Interdisciplinar**, v. 10, n. 1, p. 9-19, 2017.

LIPAY, M.S.; ALMEIDA, E.C. A fonoaudiologia e sua inserção na saúde pública. **Revista Ciências Médicas**. v.16, n.1, p.31-41, 2007.

LYKOUROPOULOS, C.B.; HERRERO, E. Saúde Mental e Fonoaudiologia – Modelo de Atenção e Perspectiva para o trabalho. In: MARCHESAN, I.Q.; DA SILVA, H.J.; TOMÈ, M.C. **Traçado das Especialidades em Fonoaudiologia**. 1a ed. São Paulo: Guanabara Koogan Ltda., v.1, p. 758-765, 2014.

MACHADO, M. L. C. A.; BERBERIAN, A. P.; MASSI, G. A terapêutica grupal na clínica fonoaudiológica voltada à linguagem escrita. In: SANTANA, A. P. et al. **Abordagens grupais em fonoaudiologia: Contextos e aplicações**. São Paulo: Plexus; 2007, p.58-79.

MARTINHAGO, F.; OLIVEIRA, W. F. A prática profissional nos Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS II), na perspectiva dos profissionais de saúde mental de Santa Catarina. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, 2012.

MENDELSON, A.L.; HUBERMAN, H. S.; BERLUKE, S. B.; BROCKMEYER, C. A.; MORROW, L. M.; DREYER, B.P. Primary care strategies for promotion parent-child interactions and school readiness in at risk families: The Bellevue Project for Early Language, Literacy, and Education Success. **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**, v.165, n.1, p.33-41, 2011.

MERCUCCI, V.C.; PANHOCA, I. **A constituição do sujeito no grupo terapêutico fonoaudiológico-linguagem e identidade**.

Anais da 2ª Mostra Acadêmica da Universidade Metodista de Piracicaba–Congresso de Iniciação Científica. Piracicaba; 2004.

PASETTI, A.M.M. Atuação da Fonoaudiologia na sua realidade sociocultural. In: Vieira RM, Vieira MM, Avila CRB, Pereira LD. **Fonoaudiologia e saúde pública**. Carapicuíba: PróFono, 2000, p.105-18.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: Instituições, atores e políticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, 2011.

RABELO, A. R. **Um manual para o CAPS**. Salvador: Editora Edufba, 2006.

SANTANA A.P.; SIGNOR, R. Plano Terapêutico Fonoaudiológico para grupo de crianças e adolescentes com queixas de dificuldades de leitura e escrita. In: **Planos Terapêuticos Fonoaudiológicos (PTF)**. São Paulo: Pro-fono. No prelo 2015.

SANTOS, A. E. **Comportamento comunicativo de indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia: efetividade da intervenção fonoaudiológica**. [Tese]. Ribeirão Preto, São Paulo, 2018.

SANTOS, A. E.; PEDRÃO, L. J.; ZAMBERLAN-AMORIN, N. E.; CARVALHO, A. M. P.; BARBARO, A. M. Comportamento comunicativo de indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia. **Revista CEFAC**, v. 16, n. 4, 2014.

SANTOS, H.F. **Saúde mental e infância: reflexões sobre a demanda de um CAPSi**. [Dissertação]. Manaus, Amazonas, 2014.

CAPÍTULO XVII

SILVEIRA, A.R.; ALMEIDA, A. P. S.; SOUZA, C. L.; PRATES, T. E.C.; RABELO, M. O.; SAMPAIO, C. A.; SILVEIRA, J. A. Recovery e experiência brasileira na atenção psicossocial: Diálogos e aproximações. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.9, n.21, p.17-30, 2017.

SOUZA, A. P. R.; et al. O grupo na fonoaudiologia: origens clínicas e na saúde coletiva. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 13, n. 1, fev., 2011.

VECHI, L.G.; CHIROSI, P.S.; PRADO, J.N.C. A inserção social pelo trabalho para pessoas com transtorno mental: uma análise de produção científica. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 9, n. 1, p. 111-123, abr., 2017.

ATENÇÃO FARMACÊUTICA EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

*Dayanne Tomaz Casimiro da Silva
Michelangela Suelleny de Caldas Nobre*

INTRODUÇÃO

O perfil do farmacêutico sofreu grandes mudanças nas últimas décadas, refletindo o potencial que esse profissional possui, diante da demanda que recebe. Essa demanda surge do contato direto com o paciente, visto que farmácias públicas ou privadas, em qualquer nível de atenção (primária, secundária ou terciária) respondem por 85% dos postos de trabalho do farmacêutico e é o primeiro contato que qualquer paciente possui frente a alguma patologia, quando não procuram assistência médica (DIEZ DEL CORRAL, 2009; SILVA et al., 2016).

O surgimento da Farmácia Clínica, com origem inicial nos hospitais, marca a transição do profissional farmacêutico, apenas dispensador de medicamentos, para o farmacêutico clínico, desenvolvendo suas habilidades, junto à equipe de saúde, com objetivo de servir o paciente. Esse modelo, inicialmente vindo dos

Estados Unidos na década de 1960, chegou ao Brasil, e foi implantado em 1979, juntamente com o primeiro Centro de Informação de Medicamentos (CIM), do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Daí se iniciou a construção do conhecimento e da importância da participação do farmacêutico, como membro ativo e efetivo da equipe multiprofissional envolvida com o paciente (SILVA et al., 2016; BRANDÃO, 2018; SUNDARARAJAN, SATHANATHAM, PALANI, 2020).

Legislações como a RDC nº44 de 17 de agosto de 2009 dispõem sobre boas práticas farmacêuticas para controle sanitário na prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias, em ambiente próprio. A Resolução nº 585 e 586 de 2013 regulou as atribuições clínicas e regulamentou as orientações de prescrição, bem como as consultas com esses profissionais. Essa resolução foi um marco que acompanhou o processo de descentralização dos serviços de saúde, e permitiu ao farmacêutico prescrição e consulta, até então restritas a alguns profissionais. E conferiu a institucionalização de farmácias, bem como a estruturação de consultórios e serviços farmacêuticos. Dessa forma, a aplicação dos serviços integra os estabelecimentos onde há atuação desse profissional, incluindo o farmacêutico da atenção primária, no processo técnico-assistencial, e na responsabilidade pelo cuidado de maneira integral e holística, em pontos de atenção estratégicos (MELO et al., 2017; COSTA et al., 2017).

A assistência farmacêutica, sendo um conjunto de ações, pode ser considerada em seus aspectos técnico-gerenciais e técnico-assistenciais. O primeira dita as ações relacionadas à gestão de medicamentos, farmacovigilância, treinamento dos profissionais, educação permanente da equipe, coordenação e elaboração do planejamento anual de compras de medicamentos, promoção da correta distribuição para os serviços de saúde, armazenamento de maneira adequada e elaboração da relação de medicamentos

essenciais para a localidade em questão (CONSELHO REGIONAL DE FARMACIA-MG, 2011; PAPPEN et al., 2018; NERI et al., 2019).

Já o segundo aspecto está voltado para a prática do cuidado e da atenção. Visa a identificar as necessidades da população; a realizar ações de educação em saúde na comunidade; ao contato direto com os prescritores com finalidade de evitar receitas e tratamentos que prejudiquem a saúde do usuário; à realização de visitas domiciliares quando necessário; ao atendimento individual com foco na necessidade de cada um; à dispensação especializada com orientação e acompanhamento visando à prevenção de problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRM); à conciliação de medicamentos visando ao consumo racional; à gestão de casos, junto com outros profissionais de saúde (CONSELHO REGIONAL DE FARMACIA-MG, 2011; COSTA, KLOCK, 2019; PAPPEN et al., 2018).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) o profissional farmacêutico é capacitado para conduzir as ações destinadas à melhoria do acesso e à promoção do uso racional dos medicamentos, tanto quanto outros profissionais, sendo indispensável para organizar os serviços de apoio, e ao desenvolvimento da assistência farmacêutica (SÁ; SOUSA; BRITTO, 2019).

Deve possuir capacitação e conhecimento holístico do paciente, o que é indispensável na detecção de problemas relacionados a medicamentos (PRM) que se originam de várias causas, sejam ligadas à rede de assistência e dispensação, seja ao ambiente familiar. Dentre as questões, podem ser citadas, a falta de pessoas capacitadas para a realização do cuidado, a falta de um cuidador, dentre outras. Dessa forma, torna-se relevante que a população conheça a contribuição do farmacêutico na resolução dos problemas de saúde e dos riscos que o uso irracional de medicamentos pode provocar (PAPPEN et al., 2018; SÁ; SOUSA; BRITTO, 2019).

Segundo Santos, Rosa e Leite (2017) o farmacêutico é de vital importância na organização da Assistência na Atenção Básica, no entanto, o que se observa é um número insignificante desses profissionais, dificultando o uso dos medicamentos adequados à promoção de saúde.

No mesmo sentido, Silva e Torres (2019) dizem que o número de profissionais farmacêuticos que atua na Estratégia Saúde da Família ainda não atende à demanda gerada pelas unidades. Os autores ressaltam que sua inclusão é de grande importância, tendo em vista resultados positivos obtidos nos locais onde o farmacêutico realiza ações em conjunto com outros profissionais de saúde, proporcionando segurança e efetividade da farmacoterapia. Os autores ainda afirmam que, ter apenas os medicamentos não é suficiente, pois é necessária a utilização certa, administrada na hora prescrita, na quantidade apropriada e no período determinado, estando o farmacêutico apto a acompanhar e orientar seu uso racional.

Segundo a OMS, se define saúde mental como um estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza suas próprias habilidades, podendo lidar com o estresse associado ao dia a dia, trabalhar de forma produtiva e frutuosamente, e ser capaz de contribuir com sua comunidade. Nesse contexto, ter saúde inclui a capacidade que o indivíduo possui de formar e manter relacionamentos interpessoais, ter interesses em lazer, tomar decisões relevantes, definir sobre educação, empregabilidade e moradia, manter diálogo coordenado e lógico sobre a realidade atual. A ausência dessas capacidades citadas pode estar atrelada a perturbações e/ou distúrbios (transtornos) da saúde mental prejudicando o indivíduo em áreas importantes da vida pessoal, familiar, da comunidade e laboral (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013; MOURA et al., 2020).

O impacto econômico desses transtornos é amplo e duradouro, e falta de tratamento, ou tratamento inadequado podem

aumentar a duração dos distúrbios e as deficiências associadas. É essencial que o país tenha políticas públicas que prestem atenção à prevenção e promoção em saúde mental, com legislações e tomadas de decisões (BONADIMAN et al., 2017; HANCOCK, 2018; SU et al., 2020).

Dessa forma, a integração do farmacêutico na equipe multidisciplinar é uma estratégia de uso adequado de medicamentos na Atenção Primária à Saúde (APS) e de compartilhamento de tarefas entre os profissionais, para suprir as demandas desse nível de atenção. O que se visa é incluir inovações tecnológicas para aumentar o alcance do serviço e melhorar e dinamizar o tratamento (SOUZA et al., 2017) desde o primeiro contato que o paciente possui, com o sistema de saúde. O cuidado na administração de medicamentos tem também o sentido preventivo, curativo, de reabilitação e de promoção de saúde, permitindo a adequada integralidade da atenção.

Entende-se, em resumo, que a presença do farmacêutico na atenção básica contribui para uma assistência universal, integral e equânime como preconiza o Sistema Único de Saúde.

ATENÇÃO FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica tem como principal papel possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao Sistema de Saúde. Dentro do cenário do Sistema Único de Saúde (SUS), ela se caracteriza como porta de entrada dos serviços de saúde, de forma descentralizada e capilarizando o Sistema, compondo um conjunto de ações de âmbito individual e coletivo, visando à promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico e tratamento de doenças, a reabilitação e a redução de danos e a manutenção da saúde (BRASIL, 2011; BRASIL 2017b, VASCONCELOS; SILVA, 2017).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi criada com a finalidade de organizar a estrutura da APS, aprofundando os princípios e diretrizes do SUS, com foco no núcleo familiar e nas comunidades (DIEL et al., 2019).

Apesar dos avanços da APS, muitos problemas persistem e comprometem a missão de garantir o acesso da população aos medicamentos e ordenar a racionalidade de seu uso. Isso porque o serviço farmacêutico ainda opera de acordo com o modelo curativo, centrado na consulta médica e no atendimento ambulatorial, tornando-se quase impraticável sua integração na APS (BEZERRA et al., 2019). Desse modo, a participação ativa do farmacêutico nas equipes multiprofissionais na Atenção Básica é vista como necessidade para o redesenho do modelo de cuidado às condições crônicas e para a melhoria dos resultados em saúde (BRASIL, 2015).

A Organização Panamericana da Saúde (OPAS, 2013), ao descrever sobre os serviços farmacêuticos baseados na APS, direciona suas atribuições às atividades de educação, promoção da saúde e incentivos para o uso racional de medicamentos, denominando-as de atividades assistenciais e técnico-pedagógicas. As primeiras incluem os serviços de clínica farmacêutica, e as últimas visam à educação e ao empoderamento da equipe de saúde e da comunidade para a promoção do uso racional de medicamentos, bem como a adesão à um Plano Terapêutico Singular. Porém, na rotina dos serviços. As funções do farmacêutico devem se aproximar do foco proposto pela Política da Atenção Básica, à qual estão vinculadas, ao usuário, à sua família e à comunidade (BEZERRA et al., 2019).

As atividades desenvolvidas pelo farmacêutico no SUS incluem a dispensação de medicamentos e a orientação farmacêutica, atividades que iniciam a gestão clínica do medicamento. E constituem uma estratégia para o acompanhamento do usuário durante a utilização do medicamento, promovendo ações para seu uso racional, identificando efeitos adversos e aspectos rela-

cionados à utilização. A gestão clínica busca o envolvimento do usuário com seu tratamento, corresponsabilizando-o em seu manejo clínico. A dispensação farmacêutica vai muito além do ato de entregar o medicamento, ele é o responsável por orientar o usuário quanto à administração, explicando as dosagens e posologias, o que facilita o cuidado longitudinal iniciado em consulta prévia. Quando identificadas dúvidas ou inconsistências referentes à prescrição ou a alguma demanda que surja na hora da dispensação, o prescritor deve ser contatado diretamente para saná-la (DIEL et al., 2019).

O farmacêutico também deve se propor a fazer visitas domiciliares, pois, segundo o Ministério da Saúde, os encaminhamentos de outros profissionais ao farmacêutico, são relacionados, em geral, aos usuários polimedicados. No entanto, podem ser encaminhadas também no caso de pacientes que há muito tempo utilizam a mesma farmacoterapia sem avaliação; de pessoas que buscam atendimento recorrente ou são descompensadas; e de indivíduos com agravos crônicos acompanhados por especialistas que usam múltiplas prescrições (BRASIL, 2017a).

O farmacêutico também deve atuar oferecendo apoio matricial na forma de suporte à equipe de saúde na qual está inserido: atuando em consultas individualizadas através da farmacoterapia que tem o objetivo de potencializar os tratamentos e reduzir ou sanar os problemas relacionados a medicamentos; compartilhando consultas nas quais o paciente é acompanhado por uma equipe multidisciplinar em busca de melhores intervenções; avaliando o uso racional de medicamentos; contribuindo no âmbito da assistência à saúde, para a relação nacional de medicamentos essenciais e para a relação municipal de medicamentos essenciais (DIEL et al., 2019).

Nesse contexto, entende-se a necessidade da atuação do profissional farmacêutico qualificado na atenção primária à saúde

(APS), pois com os seus conhecimentos sobre medicamentos pode orientar a equipe multidisciplinar, o paciente e seus familiares, além de poder disponibilizar produtos de qualidade, promovendo uso racional dos medicamentos, exercer a farmacovigilância, dentre outras ações (BIZZO et al., 2018).

ATENÇÃO FARMACÊUTICA NA SAÚDE MENTAL

Os transtornos mentais contribuem significativamente para a carga global de doenças da população e estão associados a deficiências, dificuldades no diagnóstico de outras enfermidades, além de exigir elevados custos em saúde, diminuição da produtividade e da qualidade de vida (SILVA; LIMA, 2017a).

Estima-se que até o ano de 2020 aumente para 15% o percentual da população mundial com transtornos mentais. No Brasil, dados do Conselho Nacional de Saúde (CNS) revelam que cerca de 23 milhões de pessoas possuem algum transtorno mental, sendo que cinco milhões sofrem problemas persistentes e graves. De acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), a política de saúde mental prioriza esquizofrenia e transtorno bipolar, como as doenças mais graves, e depressão, ansiedade e dependência química como as mais prevalentes (LEONARDO et al., 2017).

Segundo Silva e Lima (2017b) os transtornos mentais como a ansiedade e a depressão são comuns em muitos usuários da atenção primária nas principais capitais do país, e suas altas taxas estão associadas a mulheres, desempregados, pessoas com baixa escolaridade e baixa renda. Corroborando com estes autores, Vanconcelos e Silva (2017) afirmam que a articulação entre saúde mental e atenção primária à saúde desperta crescente interesse científico, tendo em vista que os transtornos mentais represen-

tam uma parcela significativa da demanda nessa modalidade de atenção.

Os serviços de saúde mental passaram recentemente por mudanças estruturais e assistenciais, num processo de extinção do modelo asilar e hospitalocêntrico predominante por muitos anos no Brasil. As mudanças aproximaram o serviço especializado da atenção básica à saúde, ao estabelecer os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a Rede de Atenção Psicossocial (RAP), que proporcionaram o referenciamento dos pacientes e a utilização de dispositivos que consideram aspectos da territorialidade (SILVA; LIMA, 2017b).

Os CAPS foram criados como serviços regionalizados, integrando a rede de atenção à Saúde Mental e proporcionando o atendimento de particularidades locais. São integrantes de uma nova modalidade de atenção implantada no Sistema Único de Saúde (SUS) que envolve a construção de uma política pública baseada em práticas multiprofissionais e interdisciplinares. Considerados dispositivos estratégicos na desinstitucionalização de portadores de transtornos mentais, os CAPS estão fundamentados na noção de apoio matricial e possuem políticas públicas convergentes com a Atenção Básica (SILVA; LIMA, 2017a).

A terapia medicamentosa dos transtornos mentais envolve o uso de psicofármacos, medicamentos que alteram a atividade mental, aliviando os sintomas dos transtornos psiquiátricos e ajudando na reintegração do indivíduo ao meio familiar e social. Para o tratamento integral de pacientes psiquiátricos é importante o uso de fármacos associado à psicoterapia, mas grande parte dos municípios sofre com a aquisição reduzida destes medicamentos, com a falta de profissionais qualificados para realizar a dispensação, e também com a falta de locais adequados para o armazenamento (LEONARDO et al., 2017; BIZZO et al., 2018).

Infelizmente, nem todos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) possuem farmácia local, pois a presença do farmacêutico não é exigida na equipe multidisciplinar (BIZZO et al., 2018). A ausência do farmacêutico no âmbito dos serviços de saúde mental, dificulta o uso racional de medicamentos, gerando diversos prejuízos que vão desde as questões relacionadas à eficácia, segurança, conveniência e menor custo até às respostas adequadas ao tratamento, implicando no não retorno dos indivíduos a suas atividades e reinserção social e familiar (SILVA; LIMA, 2017b)

Segundo Leonardo et al. (2017), vem aumentando o uso de psicofármacos pela população, e esse aumento pode estar relacionado ao crescente número de diagnósticos e medicalização dos transtornos psíquicos, às novas formulações desses medicamentos no mercado e às novas indicações para os produtos que já existem.

Os psicofármacos possuem um controle especial para sua prescrição e dispensação, pois podem causar dependência e efeitos adversos (Portaria MS 344/98). Por este motivo, é muito importante que os profissionais de saúde, especialmente, os farmacêuticos prestem esclarecimentos acerca dos benefícios e malefícios que os medicamentos podem causar aos usuários, promovendo uma correta terapia medicamentosa e adesão ao tratamento (BEZERRA et al., 2019).

Além da atuação do farmacêutico nos CAPS, este profissional também atua nas unidades de saúde por meio das equipes multidisciplinares, podendo contribuir com o rastreamento de pacientes com problemas de saúde mental, através da utilização de algumas ferramentas como o Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental (QUALISMENTAL) (LOUREIRO, 2015), o questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) (FLEITLICH-BILYK; CORTÁZAR; GOODMAN, 2000) e o *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) (SANTOS et al., 2013).

O instrumento de colheita de dados QUALISMENTAL é constituído por um conjunto de itens que avaliam os cinco diferentes componentes da literacia em saúde mental. Literacia em saúde mental se define como as crenças e os conhecimentos acerca dos problemas e perturbações mentais que permitem o seu reconhecimento, gestão (no sentido do autocuidado) e prevenção. Dentre os cinco componentes avaliados por este instrumento estão: a) o reconhecimento das perturbações mentais; b) o conhecimento dos profissionais e dos tratamentos disponíveis; c) o conhecimento sobre a eficácia das estratégias de autoajuda; d) o conhecimento e as competências para prestar apoio e primeira ajuda aos outros; e) o conhecimento do modo de prevenir as perturbações mentais (LOUREIRO, 2015).

O SDQ é um instrumento de rastreamento de PSM criado por Robert Goodman na década de 1990 e validado no Brasil por Fleitlich-Bilyk, Cortázar e Goodman (2000). Desde então, tem sido amplamente utilizado na pesquisa científica e no contexto clínico para identificar problemas de saúde mental em crianças e adolescentes e para avaliar a gravidade dos sintomas ou do impacto de psicopatologia. A estrutura do SDQ é composta por três agrupamentos denominados *atributos psicológicos*, que avaliam os sintomas emocionais, hiperatividade, comportamento pró-social; *suplemento de impacto* que analisa a cronicidade de sintomas e o impacto das dificuldades da criança no seu cotidiano e em sua vida familiar e *follow-up* que identifica mudanças sintomáticas ao longo do tempo, em resposta às intervenções terapêuticas (SANTOS; CELERI, 2018).

O PHQ-9 é um instrumento que avalia a presença de depressão através de nove perguntas que aferem a presença de cada um dos sintomas do episódio de depressão maior, descritos no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV). Os nove sintomas consistem em humor deprimido, anedo-

nia (perda de interesse ou prazer em fazer as coisas), problemas com o sono, cansaço ou falta de energia, mudança no apetite ou no peso, sentimentos de culpa ou de inutilidade, problemas de concentração, sentir-se lento ou inquieto e pensamentos suicidas (SANTOS et al., 2013).

A utilização destes instrumentos pelos profissionais da saúde envolvidos na atenção primária a saúde, incluindo o farmacêutico, tem demonstrado grande utilidade no rastreamento dos portadores de alguma desordem mental, para que possam ser encaminhados e tratados de forma adequada, terem uma assistência farmacêutica efetiva e correta dos medicamentos de acordo com cada tipo de desordem identificada e evitarem possíveis problemas relacionados a medicamentos.

CONCLUSÃO

A inclusão da saúde mental na atenção primária a saúde é de vital importância por possibilitar o tratamento de pacientes portadores de transtornos mentais com maior rapidez e de forma integrada através da ação de equipe multidisciplinar. O profissional farmacêutico tem papel relevante nela, o que vai do rastreamento dos pacientes até o acompanhamento da farmacoterapia empregada, visando sempre a eficácia máxima do tratamento com o menor risco de problemas relacionados a medicamentos.

REFERÊNCIAS

BEZERRA, I.C.; PINHEIRO, C.P.O.; JORGE, M.S.B.; SILVA, R.M.; GONÇALVES, J.L.; MENDONÇA, F.A.C. Assistência far-

macêutica na atenção primária à saúde: um estudo avaliativo. **Investigação Qualitativa em Saúde**, v.2, p. 1-10, 2019.

BIZZO, C.V.N.F.; SILVA, D.C.; CHAMBELA, M.C.; VASQUES, L.B.L.; ARAÚJO, G.M.N. A importância da atuação do profissional farmacêutico na saúde mental. **SEMIOSES: Inovação, Desenvolvimento e Sustentabilidade**, v. 12, n. 4, p. 145-162, 2018.

BONADIMAN, C. S.; PASSOS, V. M. A.; MOONEY, M. N.; MELO, A. P. S. A carga dos transtornos mentais e decorrentes do uso de substâncias psicoativas no Brasil: Estudo de Carga Global de Doença, 1990 e 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, p. 191-204, 2017.

BRANDÃO, A. Farmácia Clínica no Brasil. Uma História de utopia e desbravamento. **Pharmacia Brasileira**, v. 1, n° 89, p. 82-89, 2018.

BRASIL. Conselho Federal De Farmácia. **O farmacêutico na assistência farmacêutica do SUS: diretrizes para ação**. Brasília-DF, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília- DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 22 set. 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Práticas Farmacêuticas no Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília, DF, 2017a.

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DE MINAS GERAIS. **A importância do Farmacêutico no SUS- Suas competências e atribuições nas ações de Saúde Pública**. CASP-CRF/MG, 1a ed. Belo Horizonte, 28p, 2011.

COSTA, K. S.; TAVARES, N. U. L.; JUNIOR, J. M. N.; MENGUE, S. S.; ALVARES, J.; JUNIOR, A. A. G.; ACURCIO, F. A.; SOEIRO, O. M. Assistência farmacêutica na atenção primária: a pactuação interfederativa no desenvolvimento das políticas farmacêuticas no Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017.

COSTA, V. F.; KLOCK, P. Farmacêutico clínico e gestão em saúde: uma revisão integrativa da literatura. **Research, Society and Development**, v. 8, n. 8, p.1-24, 2019.

DIEL, A.C.L.; CAVINATTO, A.W.; BISOGNIN, E.; OLIVEIRA, K.R. Atuação do farmacêutico na Atenção Primária em Saúde: experiências a partir da residência multiprofissional em saúde da família. **Revista de Educação Popular**, v. 18, n. 2, p. 297-311, 2019.

DIEZ DEL CORRAL, F. S. Do boticário ao farmacêutico: o ensino de farmácia na Bahia de 1815 a 1949. Salvador: **Editora EDUFBA**, p. 1-188, 2009.

FLEITLICH-BILYK, B.; CORTÁZAR, P.G.; GOODMAN, R. Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ). **Revista Neuropsiquiatria Infância e Adolescência**, v. 8, p. 44-50, 2000.

HANCOCK. Prevention, detection, intervention: the big wins for mental health. **Lancet**, v. 392, n. 10157, p. 1499-500, 2018.

LEONARDO, C.B.; CUNHA, D.F.; SAKAE, T.M.; REMOR, K.V.T. Prevalência de Transtornos Mentais e Utilização de Psicofármacos em Pacientes Atendidos em um Ambulatório Médico de Especialidades. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v.46, n.2, p.39-52, 2017.

LOUREIRO, L.M.J. Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental – QuALiSMental: estudo das propriedades psicométricas. **Revista de Enfermagem**, Referência-IV, v. 1, n.º 4, p. 79-89, 2015.

MELO, A. C.; GALATO, D. G.; MANIERO, H. K.; FRADE, J. C. Q. P.; PALHANO, T. J.; SILVA, W. B.; JOÃO, W. S. J. Pharmacy in Brazil: Progress and Challenges on the Road to Expanding Clinical Practice. **International Perspectives on Pharmacy Practice**. v.70, n° 5, p. 381-390, 2017.

MOURA, I. TELES, A.; SILVA, F.; VIANA, D.; COUTINHO, L.; BARROS, F.; ENDLER, M. Mental health ubiquitous monitoring supported by social situation awareness: A systematic review. **Journal of Biomedical Informatics**, v. 107, p. 1-13, 2020.

NERI, E. D. R.; VASCONCELOS, H. B. S.; ROMEU, G. A.; FONTES, M. M. F. Do Brazilian hospital pharmacists record, document, archive and disseminate their clinical practice?. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 55, p. 1-8, 2019.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **Servicios farmacêuticos basados en la atención primaria de sa-**

lud: documento de posición de la OPS/OMS. Washington- DC, n. 6, p. 1-106, 2013.

PAPPEN, E.; DIAS, F.; MEURER, R.I.; PAPPEN, M.; INCHAUSPE, J.A.F. Os desafios da atenção farmacêutica. **Revista de Saúde Dom Alberto**, v. 3, n. 1, p.1-8, 2018.

SÁ, M.S.; SOUSA, V.B.; BRITTO, M.H.R.M. Importância do farmacêutico na Atenção Primária. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 17, n. 3, p. 131-135, 2019.

SANTOS, I.S.; TAVARES, B.F.; MUNHOZ, T.N.; ALMEIDA, L.S.P.; SILVA, N.T.B.; TAMS, B.D.; PATELLA, A.M.; MATIJASEVICH, A. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. **Caderno de Saúde Pública**, v. 29, n. 8, p. 1533-1543, 2013.

SANTOS, R.G.H.; CELERIA, E.H.R.V. Rastreamento de problemas de saúde mental em crianças pré-escolares no contexto da atenção básica à saúde. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 36, n. 1, p. 82-90, 2018.

SANTOS, V.B.; ROSA, P.S.; LEITE, F.M.C. A importância do papel do farmacêutico na Atenção Básica. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 19, n. 1, p. 39-43, 2017.

SILVA, M.E.; TORRES, V.M. A importância do farmacêutico presente na estratégia saúde da família (ESF). **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, v. 9, n.4, p. 27-33, 2019.

SILVA, P. R.; ZANDOMÊNICO, R.; LOHN, J. T. M. Atuação clínica do farmacêutico. Florianópolis: **Editora da UFSC**, v. 5, p. 1-353, 2016.

SILVA, S. N; LIMA, M. G. Assistência Farmacêutica na Saúde Mental: um diagnóstico dos Centros de Atenção Psicossocial. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.22, n.6, p.2025-2036, 2017a.

SILVA, S.N; LIMA, M.G. Prescrições em serviços de saúde mental: aspectos legais e indicadores do uso racional de medicamentos. **Scientia Medica**, v. 27, n. 3, p 1-8, 2017b.

SOUZA, G. S.; COSTA, E. A.; BARROS, R. D.; PEREIRA, M. T.; BARRETO, J. L.; JUNIOR, A. A. G.; ACURCIO, F. A.; GULBU, I. A.; ALVARES, J. A.; COSTA, K. S.; KARNIKWSKI, M. G. O.; SOEIRO, O. M.; LEITE, S. N. Caracterização da institucionalização da assistência farmacêutica na atenção básica no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, supl. 2, p. 1-12, 2017.

SU, C.; XU, Z.; PATHAK, J.; WANG, F. Deep learning in mental health outcome research: a scoping review. **Translational Psychiatry**, v.10, n. 116, p. 1-226, 2020.

SUNDARARAJAN, S.; SATHANATHAM, S. T.; PALANI, S. The effects of clinical pharmacist education on lifestyle modifications of postmyocardial infarction patients in South India: A prospective Intervention Study. **Current Therapeutic Research**, v. 92, p. 1-6, 2020.

VASCONCELOS, A.M.A.; SILVA, D.G. Concepção de cuidados em saúde mental na atenção primária à saúde. **Revista Interdisciplinar**, v. 10, n. 3, p. 71-77, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Investing in mental health: evidence for action, 2013.

CAPÍTULO XVIII

FISIOTERAPIA E SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

*Manuela Carla de Souza Lima Daltro
Murillo Nunes de Magalhães
Rosângela Maria Fernandes de Oliveira
Samara Campos de Assis
Wellington Bruno Araújo Duarte*

INTRODUÇÃO

A través da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica brasileira e com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) houve o redirecionamento do modelo de atenção à saúde. Não mais centrado na doença e com enfoque integral, considera o usuário um ser singular, em seu contexto familiar e comunitário e se apoia na teoria da produção social da saúde-doença.

Diante do pressuposto básico da não institucionalização das pessoas com transtornos mentais e na tentativa de substituir o modelo hospitalocêntrico pelo comunitário e ambulatorial, mais próximos das necessidades individuais e familiares onde real-

mente se constitui o processo saúde-doença, o modelo de saúde ordenado pela Atenção Primária, por meio das equipes de saúde da família, visa à assistência contínua e integral e à ampliação de ações de prevenção, de redução de danos sociais, de tratamento e de reinserção social no caso da pessoa com transtornos mentais.

Para auxiliar as equipes de saúde que atuam na Atenção Básica (como é conhecida a APS no país), aumentando a resolutividade e a abrangência de suas ações, foi criado em 2008 o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) constituindo-se como um suporte matricial em duas dimensões: clínico-assistencial e técnico-pedagógica. Esse equipamento tem como proposta compor equipes de diferentes áreas de conhecimento para atuarem em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando práticas em saúde nos territórios (BRASIL, 2011).

A equipe multiprofissional do NASF atua na análise dos problemas e no planejamento conjunto de propostas de intervenção, assim como realiza ações clínicas ou coletivas com os usuários, de maneira integrada e corresponsável. Também, quando necessário, apoia a organização do processo de trabalho das equipes de saúde (BRASIL, 2014).

A equipe multiprofissional é tida como uma das responsáveis (BRASIL, 2011) por oferecer suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental e aos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas. Desse modo, antigos moradores de hospitais psiquiátricos e pessoas que passaram e ainda passam por processo de ressocialização são assistidos pelas equipes no território da Atenção Básica, seja morando com suas famílias de origem, seja em residências terapêuticas, até mesmo em situação de rua. É papel dos profissionais da Atenção Básica não só a coordenação dos cuidados como o encaminhamento dos usuários para outros pontos da RAPS quando necessário.

Por ser a APS o primeiro contato do usuário com a rede mais próxima a ele, não é difícil que se identifiquem pessoas com transtornos e sofrimentos mentais no processo de trabalho, seja durante o acolhimento da demanda espontânea, seja realizando visitas no território de abrangência. O aumento de doenças e agravos não transmissíveis e a diversificação da oferta de serviços de saúde no SUS vem promovendo possibilidades de inserção para muitos profissionais, dentre eles, o fisioterapeuta (AKERMAN; FEUERWERKER, 2009).

DESENVOLVIMENTO

O fisioterapeuta é um dos profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de apoio à atenção primária em saúde. Cotidianamente, ele acolhe usuários com diversas demandas e os auxilia na prevenção de doenças e agravos, na promoção da saúde e na reabilitação, tanto no nível individual, coletivo, ou de encaminhamento para outros pontos da rede de atenção (BARBOSA, 2013).

De acordo com a Resolução nº 80/87 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), a Fisioterapia é tida como uma ciência aplicada, cujo objetivo de conhecimento é o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas alterações patológicas, quer nas repercussões psíquicas e orgânicas. Seu objetivo é preservar, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de um órgão ou de um sistema do corpo humano.

A formação do fisioterapeuta, até o surgimento das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Fisioterapia, baseava-se na execução de técnicas reabilitadoras. A partir dessas Diretrizes, instituídas pela Resolução CNE/CES nº 4, em 19 de fevereiro de 2002, cada instituição de nível superior adquiriu

autonomia para elaborar os currículos de seus cursos, respeitando-as e visando a construir competências teórico-práticas para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, dentro de uma visão global da pessoa e do coletivo (SILVA et al., 2016).

Tendo em vista a necessidade de uma formação resolutiva e abordagem integral do usuário, faz-se necessário que o referencial teórico e prático da Saúde Mental seja incorporado nos cursos de graduação em Fisioterapia, inclusive garantindo estágios supervisionados e acesso a conteúdos complementares. Pois, com o advento da desinstitucionalização, o tratamento é realizado em liberdade nos serviços que compõem a RAPS ou, quando necessário, em leitos de psiquiatria nos hospitais gerais. O fisioterapeuta, portanto, precisa conhecer os estigmas e os preconceitos que rondam as pessoas com transtornos mentais, para melhor assisti-las (DALTRO, et al. 2019).

Nas equipes, o fisioterapeuta atua de forma interdisciplinar. O intercâmbio entre distintas áreas de conhecimento vem se tornando cada vez mais comum, já que os resultados adquiridos nas experiências multiprofissionais têm evidenciado sucesso, ainda que haja problemas. Através da Nota Técnica nº 3/2020, os serviços do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) foram revogados e criou-se um modelo de financiamento e custeio da Atenção Primária à Saúde (APS), instituído pelo programa “Previne Brasil”, ainda com muitas críticas quanto à implantação, tanto por parte de profissionais como das equipes técnicas (HARZHEIM, 2020).

No Brasil, um dos pilares da atenção básica é o princípio da integralidade, que se baseia em ações de promoção, prevenção de agravos e recuperação da saúde. Ele propõe a percepção holística do sujeito, considerando o contexto histórico, social, político e familiar em que se insere. A atenção integral é, ao mesmo tempo,

individual e coletiva, contrariando ações dissociadas e exigindo a articulação da equipe multiprofissional (SOUZA et al., 2012).

Atualmente têm sido exigidas novas habilidades do profissional fisioterapeuta para atuar no campo da saúde mental, o que requer ensino e a formação universitária condizentes. As particularidades da saúde mental na Atenção Básica e a necessidade de ampliação da clínica devem fazer parte do conhecimento e do cotidiano desses profissionais, em busca de aumentar a capacidade de acolhimento e de resolutividade da atenção (MAGALHÃES e RIBEIRO, 2020a).

O fisioterapeuta deve estar consciente de seu papel humanizador no cuidado aos usuários acometidos por qualquer enfermidade, pois, independentemente de sua situação de saúde-doença, seu corpo fala. (MAGALHÃES e RIBEIRO, 2020 b).

Para o Ministério da Saúde, algumas situações de risco devem ser observadas no âmbito da atenção primária em saúde: cárcere privado; abuso ou negligência familiar; suspeita de maus-tratos e abuso sexual de crianças e adolescentes, além de outras evidências de violência intrafamiliar; situações de violência entre vizinhos; situações de extremo isolamento social; situações de grave exclusão social de idosos ou de pessoa com deficiência em situação de abandono, de crianças e adolescentes em situação de risco pessoal ou social e de população em situação de rua; indivíduos com história de múltiplas internações psiquiátricas, sem tratamento extra-hospitalar; uso de medicação psiquiátrica por longo tempo sem avaliação médica; problemas graves relacionados a abuso de álcool e outras drogas; crises psicóticas; tentativas de suicídio; crises convulsivas e convulsivas (BRASIL, 2010).

Em relação às demandas trazidas pelas equipes de atenção primária ao fisioterapeuta, frequentemente este profissional identifica sofrimentos que exigem o cuidado em saúde mental,

visto que as doenças ou agravos que acometem fisicamente as pessoas comprometem também seu estado psíquico, e vice-versa. É importante, portanto, que o profissional esteja atento já em sua avaliação inicial para notar a presença ou não de sofrimento mental. O diálogo e discussão em equipe, de forma interdisciplinar, são fundamentais para solução dos casos ou para que sejam definidas condutas e encaminhamentos necessários ao cuidado. A construção de um projeto terapêutico singular (PTS) convida o usuário e a família ou cuidadores a se tornarem corresponsáveis pela promoção da saúde e pelo tratamento, que muitas vezes, envolver também assistência especializada. Os saberes de cada núcleo profissional presente na equipe trazem uma contribuição essencial para o acompanhamento da pessoa que sofre e para sua família.

Vejamos um caso relatado pelo Fisioterapeuta Wellington Duarte:

O fisioterapeuta e outros componentes da equipe NASF (terapeuta ocupacional e fonoaudióloga) são solicitados pela equipe de saúde da família a ajudar no cuidado de uma idosa acompanhada pela unidade de saúde. Os profissionais realizam a visita domiciliar acompanhados pela agente comunitária, orientados sobre a dificuldade de deambulação da idosa após acidente vascular encefálico ocorrido acerca de dois anos. Ao chegar à residência, durante avaliação, o fisioterapeuta nota um olhar de desânimo, uma tristeza que após conversa identificou ser motivada pela dificuldade de andar, realizar atividades e sair do domicílio. A idosa afirma que morava com a filha e netas e estava tendo conflitos familiares, achando por bem se mudar pra outra casa próxima e morar com uma irmã que trabalha o dia todo e a deixa aos cuidados da filha. Durante a avaliação neurológica, o profissional pede que a senhora levante uma panela

vazia usando as duas mãos e nota uma insegurança e uma diminuição de força, incompatíveis com o teste de força muscular para flexão dos ombros que havia realizado anteriormente. Decide, então, fazer uma pergunta rápida enquanto ela levantava a panela:—Qual a idade da senhora?— E enquanto ela respondia, levantava sem perceber a panela com facilidade.

Isso despertou a curiosidade do fisioterapeuta e da equipe, que observaram que havia um sofrimento mental que impedia que a senhora realizasse suas atividades da vida diária (AVD) e deambulasse melhor, precisando de orientação e cuidado. O fisioterapeuta prescreveu exercícios, orientando-a juntamente com a terapeuta ocupacional quanto às AVD que poderia realizar. E, após escuta qualificada, a equipe entrou em contato com um filho, com o qual ela tinha bom vínculo, para orientá-lo sobre o estado dela e solicitar a compra de um andador. Ao passo que mais visitas da equipe aconteciam e o andador era utilizado, ela se mostrava mais encorajada, alegre, realizando atividades de costura e deambulando até mesmo fora da residência. Numa das últimas visitas ela estava com sua mais nova companhia, um gatinho que encontrou na rua e resolveu adotar. O processo de cuidado parece ter passado de equipe para equipe, da equipe para ela, e dela para o animal. Andando sem auxílio do andador e protegendo o gato, a equipe percebeu que não bastava fortalecimento muscular e treino de AVD, era preciso muita escuta, troca, corresponsabilização e amorosidade pra que o cuidado fosse resolutivo.

A assistência em saúde mental no Brasil e no mundo tem passado por significativas mudanças decorrentes de novas tecnologias de atenção. Essas transformam saberes e práticas em relação à loucura, num novo olhar sobre o sofrimento psíquico. Incorporo-

ra-se ao tratamento o sentido de cuidado, envolvendo para isso a família, a comunidade e o próprio usuário (RIBEIRO, 2014).

A literatura sobre a fisioterapia em transtornos mentais e psicológicos é escassa, porém os autores afirmam que ela tem muito a ajudar nesses distúrbios (FURTADO, 1995; FARAONE et al., 2003; ARAUJO; SILVA, 2003), Barbosa e Silva (2013) dizem que os transtornos mentais estão entre as dez condições que mais causam incapacidade física. Por isso, cabe às universidades, ainda na graduação, proporcionar uma base teórico-prática para que o acadêmico comece a entender as necessidades dos serviços de saúde e, por intermédio da educação continuada, procure renovar a sua práxis (TEIXEIRA, 2003), tendo em vista que técnicas de abordagem corporal têm muito a colaborar nos cuidados em saúde mental, seja na promoção como na reabilitação em saúde (FURTADO, 1995).

O tratamento fisioterapêutico em saúde mental deve oferecer ao sujeito a manutenção do estado de saúde e concomitantemente a reabilitação de sua capacidade funcional, restaurando sua integridade física, social e mental, proporcionando com isso um aumento na independência e qualidade de vida do indivíduo, modulando e melhorando seu autocontrole e otimizando o tratamento clínico (MANNRICH, 2014).

O fisioterapeuta deve entender o indivíduo como um todo. O fato de os transtornos psiquiátricos terem uma origem psicológica não quer dizer que não se manifestem em sintomas físicos reais. Sintomas que doem, incomodam e que definitivamente interferem na vida de uma pessoa e no seu desenvolvimento satisfatório. Não é de se estranhar que esses pacientes venham a desenvolver dores, tensões musculares, má posturas, restrições respiratórias, distúrbios da psicomotricidade, inatividade (potencializada pelo uso de medicamentos psicotrópicos), entre outros sintomas e sinais. A tudo isso, em que os fisioterapeutas devem estar atentos

durante sua avaliação e atuar com diversas técnicas e métodos que a profissão dispõe, entre elas: cinesioterapia, massoterapia, pilates, reeducação respiratória, técnicas de relaxamento, condicionamento físico, treinamento funcional, fisioterapia aquática, técnicas psicomotoras (DALTRO; GARCIA, 2016).

Com exercícios adequados, o indivíduo se torna capaz de descobrir suas capacidades de expressão e movimento, melhorar sua autoimagem e, como consequência, valorizar-se como pessoa e ressignificar sua vida. Através dos recursos fisioterapêuticos, a saúde mental é promovida porque eles ajudam a aliviar a sensação de agitação mental, desaceleram os pensamentos, melhoram a disposição trazendo sensação de leveza física e mental, ajudam na concentração, promovem motivação para participar de outras atividades, para interagir socialmente e para melhorar a autoestima (SILVA; PEDRÃO; MIASSO, 2008).

Além de atendimentos individuais na AB, o fisioterapeuta pode contribuir em âmbito coletivo, através de grupos específicos relacionados ao cuidado em saúde mental, como os que se referem ao tabagismo ou alcoolismo, onde há prevenção de agravos à saúde promovidos por abuso de substâncias psicoativas, bem como em grupos de terapia comunitária. Em todos eles, esse profissional pode promover intervenções através de técnicas fisioterapêuticas. Trabalhar a redução de danos também é um tema importante a ser adotado.

Espaços comunitários que propiciem discussões sobre prevenção e promoção em saúde mental podem ser utilizados, como escolas, associações, igrejas, a sala de recepção da Unidade de saúde ou espaços de lazer.

O fisioterapeuta, junto a outros profissionais da equipe multiprofissional, também pode contribuir para o bem-estar e melhoria da capacidade física de profissionais das equipes de saúde da família que em algum momento estejam passando por algum

tipo de sofrimento mental ou até para preveni-los. Técnicas de relaxamento, alongamentos, massoterapia, osteopatia e exercícios respiratórios contribuem significativamente para melhoria do quadro físico e emocional dessas pessoas que, no dia a dia, lidam com as dificuldades dos usuários e com seus próprios problemas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para a inserção do fisioterapeuta no trabalho da APS, o domínio das técnicas e métodos fisioterapêuticos é indispensável, mas não suficientes para o atual modelo de saúde em construção. É necessário que esse profissional entenda seu papel de forma crítica, reflexiva e colaborativa, desde a formação na graduação. Existe um lugar importante para ele no SUS em seus mais diversos serviços, em particular no trabalho interdisciplinar em saúde mental que não deve ser dissociada da saúde de forma geral. Também é necessário que os profissionais que já trabalham na Atenção Básica incorporem e aprimorem competências de cuidado em saúde mental na sua prática cotidiana, de forma que suas intervenções possam levar em conta a peculiaridade individual, a subjetividade e a visão de mundo de cada usuário no transcorrer do cuidado integral à saúde (BRASIL, 2013). Um primeiro passo nesse sentido pode ser buscar conhecimentos da história da Reforma Psiquiátrica e do movimento de Luta Antimanicomial, valorizando sua importância para o atual modelo de cuidado às pessoas com sofrimentos e transtornos mentais.

É notória a necessidade de aprendizado durante a formação sobre essa dimensão dos problemas mentais e do cuidado necessário aos pacientes que os portam. Que os estudantes recebam conteúdos e práticas que os façam refletir e aprimorar sua atua-

ção, para que além de um raciocínio anatomoclínico e fisiopatológico, considerem a saúde um bem biopsicossocial que requer uma prática integral e humanizada. É de extrema importância incluir o referencial teórico e prático da Saúde Mental ainda na graduação em Fisioterapia.

O ensino em saúde mental vem a contribuir para uma visão holística do usuário, fazendo que o profissional entenda que o corpo não se dissocia da mente, e que, ao estudar o movimento humano em todas as suas expressões, nele deve ser considerado o estado mental do indivíduo.

Nesse sentido, este estudo visou ampliar a produção de conhecimentos no campo da fisioterapia na saúde mental, bem como sua inserção na matriz curricular de conhecimentos específicos em saúde mental, trazendo a novidade da articulação desses dois campos, o que contribui para pensar e atuar em saúde de forma integral.

REFERÊNCIAS

ALVES, C.F.O. et al. Uma breve história da reforma psiquiátrica. **Neurobiologia**, v. 72, n. 1, p. 85-96, jan./ mar. 2009.

AKERMAN, M.; FEUERWERKER, L. Estou me formando e quero trabalhar. In: Campos G.W.S.; Minayo M.C.S.; Akerman M.; Júnior M.D.; Carvalho Y.M. **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; p.178-79. 2009.

ARAUJO, M.; SILVA, S.A.P.S. Comportamentos indicativos do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em crianças: alerta para pais e professores. **Revista digital**, Buenos Aires, V. 9, n. 62, 2003.

BARBOSA, E. G.; SILVA, E. A. M. Fisioterapia na saúde mental: uma revisão de literatura. **Revista Saúde Física & Mental**, v.3, n.2, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 152 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27).

BRASIL. Ministério da Saúde. **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). Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 19 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 4, 2006. (Série Pactos pela Saúde).

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Resolução COFFITO – 80 de 09 de maio de 1987, publicado no D.O.U. nº 093 – de 21/05/87 . seção 1, p. 7609.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. **Resolução. CNE/CES 4, de 19 de fevereiro de 2002**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. CNE, 2002.

DALTRO, M.C.S.L.; GARCIA, V.V.C.G. **Fisioterapia na Saúde Mental**. Patos, PB: FIP, 2016.

DALTRO et al. Diretrizes para o ensino em saúde mental na graduação em fisioterapia: uma reflexão necessária. **Caderno Educação Saúde e Fisioterapia**, v.6, n.11, p. 101-110. DOI: 10.18310/2358-8306, 2019.

FARAONE, S.U. et al. The worldwide prevalence of adhd: is it an American condition? **World Psychiantry**, v. 2, 2003.

FURTADO, JP. A fisioterapia na saúde mental. **Fisioter. Mov.**, v. 8, n. 1, p. 13-24, 1995.

HARZHEIM , E. “Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. **Revista ciência e saúde coletiva** v.25, n.4, p. 1189-1196, 2020.

MANNRICH, G. **A saúde mental e as questões de reabilitação física**. 2014. Disponível em: <<http://www.credito10.org.br/conteudo.jsp?idc=1823>>. Acesso em: 23 de julho de 2016.

CAPÍTULO XIX

MAGALHÃES, M. N.; RIBEIRO, M. C. Percepção de discentes de Fisioterapia sobre sua formação acadêmica em saúde mental. **Revista Docência do Ensino Superior**, Belo Horizonte, v. 10, e014800, p. 1-16, 2020a.

MAGALHÃES, M. N.; RIBEIRO, M. C. A formação do fisioterapeuta e sua intersecção com a saúde mental: percepções dessa realidade. **Debates em Educação**, Maceió, v. 12, n. 27, mai/ago, 2020b.

RIBEIRO, M. C. **A saúde mental em Alagoas**: trajetória da construção de um novo cuidado. Maceió, Al: Grafipel, 2014.

SILVA, S.B.; PEDRÃO, L.J.; MIASSO, A.I. O impacto da fisioterapia na reabilitação psicossocial de portadores de transtornos mentais. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** v. 8, n. 1, p. 34-40. jan-abr. 2012.

SILVA, E. S. et al. Historicidade e olhares sobre o processo saúde-doença: uma nova percepção. **Revista SUSTINERE**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 171-186, jul-dez, 2016.

SOUZA, M. C. et al. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 452-460, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/integralidade_antecao_saude_olhar_equipe.pdf. Acesso em: 2 set. 2017.

TEIXEIRA, C.F. **Formulário de políticas de atenção integral à saúde de grupos populacionais específicos no âmbito do Sistema Único de Saúde**: bases conceituais e proposta metodológica. Consultoria DAPE/MS, novembro de 2003. 51 p.

O SERVIÇO SOCIAL E AS AÇÕES DE PROMOÇÃO À SAÚDE MENTAL

*Carmen Silva Alves
Anarita de Souza Salvador*

INTRODUÇÃO

Este trabalho busca apresentar, de forma sucinta, algumas possibilidades de atuação do assistente social no campo da saúde, considerando, especialmente, a ampliação do leque de alternativas para dar sustentabilidade às propostas da Reforma Psiquiátrica Brasileira, promulgada pela lei nº 10.2016 em 06 de abril de 2001.

A proposta metodológica deste texto basicamente se fundamenta na revisão da literatura que traz à tona discussões relacionadas a organização dos serviços de saúde a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Inicialmente, apresenta-se breve contextualização sobre o significado da profissão de Serviço Social e as diretrizes que orientam sua atuação no campo da saúde. Em seguida, discorreremos sobre a perspectiva do atendimento e acompanhamento

das ações de saúde mental, tendo como parâmetro a formatação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Por último, apontam-se estratégias de atuação das/dos profissionais de Serviço Social em consonância com as prerrogativas das ações que dão visibilidade ao trabalho interdisciplinar, multidisciplinar e intersetorial, a fim de integrar profissionais, usuários, famílias e comunidades para efetivação dos preceitos defendidos pela Reforma Psiquiátrica Brasileira.

DESENVOLVIMENTO

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 pela Constituição Federal, todo o seu processo histórico está envolvido na construção desse sistema a partir do Movimento de Reforma Sanitária e do processo de Redemocratização, tomando espaço nas esferas públicas federais, estaduais e municipais e criando ações e serviços em prol da saúde das pessoas e da comunidade.

A construção histórica acima referida produziu um processo nacional de reconhecimento da saúde enquanto direito de todos e dever do Estado. E o SUS teve seu processo de implantação efetivado a partir da promulgação da Lei Orgânica de Saúde (LOS), a conhecida lei 8.080 de 19 de setembro de 1990.

Já a reforma psiquiátrica brasileira, foi traçada a partir da promulgação da Política Nacional de Saúde Mental, Lei 10.216 de 06 de abril de 2001, a qual trouxe para a pauta da saúde, a defesa, proteção e direitos de pessoas em situação de sofrimento mental, e redirecionou o modelo assistencial em saúde mental, prevendo a extinção gradual e progressiva dos manicômios.

Nesse caso, a desinstitucionalização é entendida como um processo social que objetivou modificar a forma de organização das instituições psiquiátricas, bem como, busca incentivar a subs-

tituição dos hospitais psiquiátricos por uma rede de serviços comunitários regionalizados, dentre estes, os mais conhecidos são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em suas diferentes modalidades e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais, entre outros, criados com a finalidade de evitar internações de longa permanência – prática histórica adotada pelas instituições manicomial tradicionais.

Essas premissas também contemplam o processo de desospitalização definido pelo art. 4º da referida lei, que adverte: “A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extrahospitalares se mostrarem insuficientes” (BRASIL, 2001). Esse dispositivo estabeleceu ainda que os tratamentos devem ser realizados, preferencialmente, nos serviços supracitados, considerados estruturas intermediárias entre a internação integral e a vida comunitária, tendo como finalidade primordial promover à reinserção social do usuário em seu meio.

Assim, com a reforma psiquiátrica, busca-se construir um novo olhar sobre a saúde mental, ampliando a compreensão da loucura. Nesse contexto, se faz necessário verificar a amplitude dos desdobramentos daí decorrentes, pois o modelo reformista nem sempre é compreendido em sua totalidade, podendo ser remetido a graves distorções, visto que a transformação no campo de atenção à saúde mental não se restringe apenas a uma reorganização de serviços, mas inclui um leque de alternativas como forma de intervenção, e não apenas a substituição pura e simples da hospitalização pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Dessa forma, as equipes da rede de serviços extrahospitalares devem atuar para a não cronificação das doenças e buscar a eficácia terapêutica por meio da construção coletiva dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). Nesses dispositivos, ressalta-se a participação do próprio usuário, da família e das equipes que conduzem o acompanhamento. Esse compartilhamento visa a ofere-

cer e a garantir melhor qualidade de vida aos doentes mentais; e desmistifica o caráter violento e perigoso desses pacientes, com o qual são vistos pela sociedade.

O SIGNIFICADO INSTITUCIONAL DA PROFISSÃO DE SERVIÇO SOCIAL E SUA INSERÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE

A profissão de Serviço Social, costuma ser pouco compreendida no interior das categorias profissionais que atuam na área da saúde. Mesmo datando de mais de meio século de existência no Brasil, constantemente necessita explicar seu papel, sua atuação e sua função nos mais variados espaços sócio-ocupacionais nos quais se insere.

Ao Serviço Social cabe o título de *profissão*, enquanto assistente social é o *profissional graduado*, que atua no âmbito das políticas sociais, públicas ou privadas, em organizações não governamentais e em movimentos sociais, dentre outros espaços sócio-ocupacionais. No entanto, socialmente prevalece a ideia de que *assistente social* é o protótipo da política de assistência social, sendo muitas vezes confundido com ela. No entanto, ela está inserida no sistema de seguridade social brasileiro, composto pelas políticas de saúde, assistência social e previdência social (BRASIL/CF, 1988).

A construção histórica da profissão remonta a sua gênese caritativa, que até os dias atuais, repercute de forma equivocada no ideário profissional. Confundem-se as funções do profissional de Serviço Social, como atuação de cunho assistencialista, solucionador de conflitos, ou ainda, como agente da lei, da ordem e dos bons costumes.

Pretende-se neste artigo traçar, mesmo que brevemente, as principais características históricas de surgimento e da evolução da profissão que brotou no Brasil na década de 1930. Sua gênese

se se encontra vinculada à ideologia da igreja católica. E até os dias atuais conserva marcas profundas da fase de implantação do sistema capitalista, implementado tardiamente no nosso país, quando se intensificaram os fatores da chamada *questão social*. Esse é o principal objeto de intervenção dos assistentes sociais. O entendimento da área sobre o conceito de *questão social* é talhado aqui pelas palavras de Marilda Villela Iamamoto:

A questão social é apreendida como um conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade (IAMAMOTO, 2013 p. 27).

Dito isto, ressaltamos que esse significado não demonstra apenas a diferença estabelecida entre as classes sociais e o modo de vida da população, mas abrange também todo o contexto que estrutura o modo de produção capitalista, o qual apresenta um conjunto de variáveis antagônicas e contraditórias que proporciona o crescimento da classe empobrecida. Tais contradições e antagonismos demandam estratégias de controle social por parte da classe dominante. O Estado é chamado a intervir por meio de políticas públicas de cunho social, sendo nestes espaços sócio-políticos que a profissão ganha maior visibilidade.

Segundo Bravo e Matos (2013) no decorrer das décadas de 1940 a 1970, a profissão esteve profundamente atrelada ao viés conservador da igreja católica sob a perspectiva modernizadora. A atuação profissional tendia a normalizar, racionalizar, burocratizar e psicologizar as relações sociais.

Um fato ganhou relevância nessa fase: a expressão da Organização Mundial de Saúde que, ao denominar a saúde como sendo

“o mais completo bem-estar físico mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade” (OMS, 1948), proporcionou significativa ampliação da participação dos assistentes sociais na área da saúde. Esse foi um indicativo para o desenvolvimento do trabalho multidisciplinar, estratégia recomendada como um dos mecanismos pra enfrentar o agravamento das condições de saúde das populações periféricas.

No final da década de 1970, período considerado de grande efervescência política, a profissão de Serviço Social, já amadurecida em sua base, demonstrava sérios sinais de incômodos quanto à dependência teórica do viés catolicista. Mas apesar de posicionamentos críticos e questionadores sobre o conservadorismo da profissão não houve grandes alterações conceituais e teóricas que sustentassem mudanças até meados dos anos 1980.

No transcorrer das décadas de 1980 e 1990 surgiu uma perspectiva crítica quanto à categoria *Serviço Social*, o que significou “ampliação do debate teórico e incorporação de algumas temáticas como o Estado e as políticas sociais fundamentadas no marxismo” (BRAVO e MATOS, 2013, p. 203).

De fato, a interação da área com os debates democráticos da década de 1980 representou uma fase bastante fecunda para a produção teórica no campo do Serviço Social, o que se tornou o marco referencial para a edificação do projeto ético-político da categoria, sob os moldes da teoria crítica dialética. Isso contribuiu para o rompimento do viés catolicista e conservador que marcara a profissão no transcorrer dos anos.

A quebra do paradigma conservador tem sido consolidada através das organizações políticas e representativas da categoria, como a Associação Brasileira de Pesquisa e Ensino em Serviço Social (ABPESS), o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e os Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS), além dos seus e fóruns deliberativos, constituídos por assembleias e conferências.

A partir dessas entidades representativas, a profissão passou a vivenciar o aprofundamento e o enriquecimento de sua produção teórica. A pesquisa social ganhou relevância e se tornou disciplina obrigatória na formação dos assistentes sociais. Nessa fase, desencadeou-se também, um novo processo de conhecimento articulando teoria e prática profissional com a construção do projeto ético coletivo, voltado para a base dos interesses das classes populares, subalternas e exploradas. No mesmo contexto, emergiram diferentes atores políticos na cena social, marcada pela superação da ditadura militar e pela organização dos trabalhadores de diferentes categorias em sindicatos e associações, vinculados a movimentos progressistas, como é o caso do movimento de saúde coletiva. Tudo isso imprimiu ao Projeto Ético-Político do Serviço Social um caráter político pluralista (NETTO, 2013, p. 145-146).

No geral, os projetos profissionais são compostos por elementos que apresentam a face da profissão, descrevendo suas definições e papéis, perfilhamento profissional, valores políticos, diretrizes societárias, objetivos alcançáveis, missões que almejam cumprir. Para além do que está posto, o Projeto Ético-Político do Serviço Social, representa um conjunto plural de elementos, respeitando-se o contraditório e abarcando a totalidade social, na qual se inserem os indivíduos.

No início da década de 1990, o Serviço Social vivenciou uma importante vitória, ao ser aprovada a Lei de Regulamentação da Profissão (Lei nº. 8.662/93) e o Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais (Resolução CFESS nº 273/93). Ambos têm como instrumento para organização de suas práticas, a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) Lei nº 8.742 que teve sua primeira versão promulgada em dezembro de 1993.

A partir dessa legitimação, a categoria passou a ancorar-se numa base ético-política que qualifica o profissional a exercer um papel fundamental no enfrentamento da problemática social. Ao

conjunto de leis que asseguram a profissão, somaram-se diretrizes aplicadas à formação, dando visibilidade à construção de uma perspectiva crítico-dialética sobre a realidade social.

Sob esse novo formato, o Serviço Social estruturou as dimensões que compõem a base da profissão, em suas dimensões teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas, que guiam e qualificam o profissional da área para exercer um papel fundamental no enfrentamento da questão social. O campo da saúde um dos cenários mais amplos de sua atuação.

A INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL COM VISTAS À PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

Faz-se necessário tecer breves considerações históricas sobre a presença de assistentes sociais no campo da saúde, especialmente quanto aos aportes metodológicos referentes à perspectiva da saúde mental.

Bisneto (2016) ao discorrer sobre a periodização concebida por Vasconcelos (2002, p. 163) destaca que o Serviço Social brasileiro se insere na área de Saúde Mental no decorrer da década de 1940, atuando em instituições infanto-juvenis, criadas e sistematizadas por higienistas americanos e seguidas por brasileiros. Na linha do higienismo, foram criados o Centro de Orientação Infantil (COI) e o Centro de Orientação Juvenil (COJ). Em ambos, os atendimentos destinavam-se ao tratamento de crianças e jovens considerados problemáticos, estendido às escolas e às famílias dos internos.

Bisneto (2016) chama a atenção para o fato de que, nos primeiros trinta anos de atuação do Serviço Social no país, existiam pouquíssimas profissionais atuando no ramo da psiquiatria. Esse quadro foi alterado no decorrer da década de 1970, atendendo às exigências do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que recorreu aos profissionais de Serviço Social para controlar a

assistência psiquiátrica, quando os serviços eram prestados em clínicas conveniadas e pagas pelo Instituto.

A multiplicação desses serviços justificou a inclusão de assistentes sociais na área da saúde mental. No entanto, é preciso notar que nessa fase, a prática do assistente social não se pautava pela demanda dos usuários, nem dos empregadores, e sim subsidiava o Estado no que era por ele decretado. Fato é que, a atuação desse profissional no interior dos serviços psiquiátricos serviu de mecanismo de controle para normalizar a ordem dos inaptáveis ao convívio social (SIQUEIRA, 2007).

Como é notório, a partir dos anos 2000, a assistência psiquiátrica brasileira passou a necessitar de equipes multiprofissionais que dessem conta das demandas em todos os níveis e especificidades. Os serviços de atendimento à população com transtornos mentais passaram a exigir estratégias realizadas em conjunto por profissionais de diferentes áreas e de forma interdisciplinar. Entendeu-se que apenas a interdição oferecida pela medicina psiquiátrica, até então em vigor, não solucionava os problemas de saúde e cronificava o sofrimento mental.

Nesse sentido, o Serviço Social se instaurou como parte da equipe multiprofissional de cuidados à saúde mental. Portanto, é claro que ele precisa estar atrelado a outras áreas do conhecimento, fazendo uma leitura mais profunda das demandas institucionais sem perder de vista a criticidade e a visão histórica dos processos que envolvem a problemática dos usuários da saúde mental, no âmbito individual, familiar, previdenciário, assistencial e cultural, ou seja, em todas as instâncias de sua vida social.

Logo, a atuação do assistente social em saúde mental deve perpassar, tanto a área de Serviço Social como a de Psiquiatria, Psicologia e das demais envolvidas nesse processo, realizando acolhimento, oficinas, fortalecendo redes de atenção, com o fim

de promover a cidadania, a autonomia do sujeito e sua inserção na família, na comunidade e na sociedade.

Interligando a ação profissional do assistente social aos serviços de saúde, podemos considerar que elas devem buscar a intersectorialidade, entendida aqui, como alternativa que viabiliza o estabelecimento de várias articulações de enfrentamento das situações vivenciadas pelos usuários e seus familiares. Nesse sentido, é importante que todos os trabalhadores da saúde conheçam a rede de serviços existente no território de atuação, visando ao fortalecimento e à consolidação da Reforma Psiquiátrica (ALVES et al., 2017). Dentre esses, é fundamental conhecer os serviços que compõem a Rede de Assistência à Saúde (RAS) em nível local, regional e estadual, incluindo-se o conjunto de Unidades Básicas de Saúde (UBS), os CAPS, os serviços ambulatoriais, os Hospitais Gerais, o território da Estratégia Saúde da Família e outros serviços como Escolas, Creches, Centros Sociais, Conselhos, Centros de Referência e Atenção às famílias, dentre outros.

Nesse formato, o trabalho realizado ou efetivado em rede, supera a fragmentação de ações, levando o indivíduo (ser social) a uma prática democrática e de garantia de direitos. Sendo assim, é imprescindível entender que a implementação da intersectorialidade está relacionada ao interesse da gestão política dos municípios e estados durante a execução dos programas e serviços das políticas públicas, tendo como prerrogativa, neste caso específico, a Política Nacional de Saúde Mental.

Para trançar um paralelo entre ações dos assistentes sociais e os serviços de saúde, aponta-se como melhor alternativa, pautar sua atuação sob a perspectiva da interdisciplinaridade, sendo imprescindível o incentivo a estratégias para conhecimento do perfil social do território, incluindo-se as características da população,

as demandas e as necessidades. Esse conjunto de informações dá sustentabilidade à prática de todos os profissionais da saúde.

Em geral, as ações previstas para o Serviço Social são muito variadas, mas ele tem o papel fundamental de incluir os usuários, os familiares e a comunidades nas redes de saúde. Nesse sentido, o assistente social torna-se um dos profissionais mais requisitados para considerando que o processo de trabalho envolve um conjunto de atribuições respaldadas pela Lei de Regulamentação da Profissão, que assim sintetiza suas atribuições:

I—elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares; II—elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil; III—encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; V—orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos (CFESS, 2012).

Considerando o cenário de atuação no âmbito da saúde, passamos a considerar graficamente o entorno das atividades que podem ou devem ser desenvolvidas pelos assistentes sociais que atuam no âmbito da saúde e do cuidado em saúde mental no âmbito municipal.

O quadro abaixo representa uma adaptação dos objetivos propostos nas diretrizes postas para os Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF), cujo modelo está disponível nos Cadernos de Atenção Básica, nº 27, publicado pelo Ministério da Saúde em 2009. A coluna que ostenta as ações do Serviço Social para saúde

mental e são reproduzidas a partir da publicação do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) intitulada: “Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde”, cujo conteúdo supera a síntese disponível abaixo.

**QUADRO 01—OBJETIVOS DO SERVIÇO SOCIAL NO NASF E
AÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL PARA SAÚDE MENTAL** (CONTINUA...)

OBJETIVOS DO SERVIÇO SOCIAL	AÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL PARA SAÚDE MENTAL
Desenvolver ações que garantam a escuta e acolhida dos usuários;	<p>Criar estratégias para promover o atendimento direto aos usuários que também utilizam dos serviços de saúde mental.</p> <p>Construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, além de possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários.</p>
Incentivar e contribuir no processo de fortalecimento da autonomia e da organização pessoal do usuário;	Facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social por meio da criação de mecanismos e rotinas de ação.
Apoiar os usuários na construção e ressignificação de seu projeto de vida;	Estimular a participação dos usuários e familiares para a luta por melhores condições de vida, de trabalho e de acesso aos serviços de saúde
<p>Criar espaços grupais que possibilitem a construção de relações humanizadoras e socializadoras por meio de trocas de experiências e construção de rede de apoio;</p> <p>Desenvolver ações integradas com os profissionais da equipe correlacionados com a área de atuação em atenção à saúde e demais políticas públicas;</p>	<p>Participar, em conjunto com a equipe de saúde, de ações socioeducativas nos diversos programas e clínicas, como por exemplo: na saúde da família, na saúde mental, na saúde da mulher, da criança, do adolescente, do idoso, da pessoa com deficiência (PCD), do trabalhador, no planejamento familiar, na redução de danos, álcool e outras drogas, nas doenças infectocontagiosas (DST/AIDS, tuberculose, hanseníase, entre outras) e nas situações de violência sexual e doméstica;</p>
Socializar informações nas equipes e participar de discussão de situações vivenciadas por usuários e/ou familiares com as demais categorias profissionais, valorizando as ações desenvolvidas por eles;	Avaliar as questões sócio familiares que envolvem o usuário e/ou sua família, buscando favorecer a participação de ambos no tratamento de saúde proposto pela equipe.
Promover a integração dos demais membros da equipe de trabalho;	Mobilizar e capacitar usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais para a construção e participação em fóruns, conselhos e conferências de saúde e de outras políticas públicas.

OBJETIVOS DO SERVIÇO SOCIAL	AÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL PARA SAÚDE MENTAL
<p>Produzir conhecimento sobre a população atendida na área da saúde, processo de pesquisa e a especificidade do serviço social;</p> <p>Participar da elaboração conceitual/metodológica para apoiar as práticas educativo-participativas desenvolvidas pela equipe de trabalho, com usuários e população atendida;</p> <p>Construir coletivamente e de forma participativa entre a equipe de saúde, segmentos organizados da comunidade, usuários e demais sujeitos sociais populares envolvidos a organização do trabalho comunitário.</p> <p>Incentivar a participação dos usuários nos fóruns de discussão e deliberação, tais como: conselhos locais de saúde, conselho distrital de saúde, conselhos de assistência social, conselho de direitos da criança e do adolescente, conselhos do idoso e demais conselhos de direitos, reuniões da comunidade, e outros.</p>	<p>8. Realizar investigação de determinados segmentos de usuários (população de rua, idosos, pessoas com deficiências, entre outros), objetivando a definição dos recursos necessários, identificação e mobilização dos recursos existentes e planejamento de rotinas e ações necessárias. Realizar estudos da política de saúde local, regional, estadual e nacional. Criar campos de estágio e supervisionar diretamente estagiários de Serviço Social e estabelecer articulação com as unidades acadêmicas.</p> <p>Elaborar junto com a equipe propostas de trabalho que delimitem as ações dos diversos profissionais por meio da realização de seminários, debates, grupos de estudos e encontros.</p> <p>Construir e implementar, junto com a equipe de saúde, propostas de treinamento e capacitação do pessoal técnico administrativo com vistas a qualificar as ações administrativas que tem interface com o atendimento ao usuário, tais como: a marcação de exames e consultas, e a convocação da família e/ou responsável nas situações de alta e óbito.</p> <p>Estimular a criação e/ou fortalecer os espaços coletivos de participação dos usuários nas instituições de saúde por meio da instituição de conselhos gestores de unidades e outras modalidades de aprofundamento do controle democrático.</p>

Fonte¹: conteúdo adaptado a partir das Diretrizes do NASF (Cadernos de Atenção Básica; n. 27) do Ministério da Saúde, 2009.

Fonte²: conteúdo adaptado a partir dos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. CFESS, 2010.

Em síntese, o Serviço Social se configura como uma profissão crítico-reflexiva alicerçada num conhecimento teórico e metodológico da realidade social, o qual alimenta a prática interventiva. Ela se alinha a um posicionamento ético-político, na defesa de uma sociedade mais justa e igualitária.

O profissional de Serviço Social está inserido na equipe NASF desde a portaria de sua criação. Esta inserção se dá a partir do

reconhecimento da necessidade desse profissional nos serviços de atenção básica, por sua capacidade de: (1) entender e enfrentar os processos de adoecimento da população e suas potencialidades de recuperação da saúde; (2) entender a questão social e sua influência na vida e saúde das pessoas; (3) entender que a garantia do cuidado em saúde passa diretamente pela condição de cidadania dos sujeitos, e da forma que o binômio inclusão/exclusão social se manifesta na vida e saúde de cada ator social.

Portanto, as funções prioritárias para o Serviço Social nesse espaço de atuação estão voltadas para as ações coletivas, para a efetivação e o fortalecimento da cidadania dos usuários e a garantia do acesso ao direito à saúde. Diversas ações podem ser realizadas na busca por esses objetivos, devendo-se essaltar ações coletivas e individuais a serem realizadas de forma articulada com os trabalhadores que compõe as equipes multiprofissionais dos CAPS e da ESF, com os atores sociais e os trabalhadores de outras políticas públicas e dos diferentes setores da sociedade.

Um ponto fundamental de sua atuação é o fortalecimento do controle social por meio de ações individuais e coletivas de apoio à participação popular nas ações de saúde. É necessário ressaltar a impotência da realização de atividades coletivas direcionadas à elaboração de respostas as demandas dos usuários e dos trabalhadores da Atenção Básica.

É muito relevante para todos os trabalhadores da saúde, que ferramentas relacionadas a ações de matriciamento sejam encaradas como estratégias de atuação, particularmente, visando à educação em saúde, por meio de oficinas de orientação e outros instrumentos que ajudem a identificar as expressões da questão social na vida dos usuários.

Resumindo, as ações desenvolvidas pelos profissionais de Serviço Social no âmbito da saúde buscam criar respostas individuais e coletivas aos agravos e processos de adoecimento que sempre

possuem associação com a realidade social. A perspectiva desses profissionais é identificar formas de intervenção que amenizem os efeitos dos fatores que afetam a saúde física e mental e construir conjuntamente com as equipes com que trabalham e com a própria população, saídas individuais e coletivas para superá-los.

CONCLUSÃO

É bem verdade que o profissional de serviço social que atua no campo da saúde mental, no seu cotidiano, depara-se com obstáculos interpostos pela própria conjuntura política e pela cultura institucional, o que dificulta o entendimento de sua função e de suas ações.

Muitas dificuldades se devem à hierarquização do modelo médico hegemônico, um verdadeiro desafio à articulação do trabalho em equipe e multiprofissional que, no entanto, veio para ficar e reconhece a complexidade da doença mental. Diante dessa realidade é importante apostar em mudanças organizacionais e na transformação das pessoas, legitimadas em sua profissão, mas integradas em equipes com diversas formações e conhecimentos.

A atuação, nessa perspectiva de compartilhamento de saberes e de posturas, não combina com a centralidade da figura do médico que passa a ser membro da equipe, e incorpora o engajamento da população com seu conhecimento prático. Esta reflexão crítica acerca da construção de uma nova forma de abordagem contribui para ultrapassar as limitações de cada profissão.

O âmbito psiquiátrico é fértil para a construção de mudanças. A doença e o sofrimento psíquico geram sentimentos de insegurança e de temor. Suas famílias são apresentadas aos serviços como as únicas vitimizadas, principalmente, em situação de periculosidade dos doentes mentais. Póis é justamente diante dessa

situação, que as estratégias de acolhimento adotadas nos Centros de Atenção Psicossocial têm o importante papel de priorizar o cuidado, enfatizar o estabelecimento de vínculos, valorizar a escuta e firmar um compromisso ético com o usuário, contemplando seu cotidiano terapêutico, as novas possibilidades de engajamento e a participação familiar social e comunitária.

No contexto comunitário de saúde mental, portanto, a participação do assistente social na equipe multiprofissional é de suma importância, para incluir o usuário no serviço, apoiar as famílias e reafirmar os laços com os serviços de saúde. Desta forma, o assistente social contribui para diminuir as formas de exclusão e para democratizar o acesso aos serviços, programas e projetos que pactuam com a inclusão e a autonomia. Seu trabalho em equipe trás interfaces novas e importantes que enriquecem os cuidados, na medida em que valoriza a interlocução entre os mais diversos atores envolvidos e contribui para articulação e envolvimento dos diversos setores e serviços de interesse dos usuários e familiares.

Por fim, ressaltamos a necessidade de ampliar e aprofundar o debate teórico sobre o papel do assistente social na equipe interprofissional de saúde mental. Pois, apesar de todas as possibilidades e riqueza de sua contribuição, tudo está ainda em construção. Nesse sentido, é importante juntar o agir profissional e o campo da produção teórica, alinhando e aprofundando a teoria do exercício profissional.

REFERÊNCIAS

ALVES, C. S. et al. **Relatório final da pesquisa Saúde Mental e Intersetorialidade no município de Patos-PB**. Curso de Bacharelado em Serviço Social. Patos: FIP, 2017.

BISNETO, J. A. **Serviço Social e Saúde Mental**: uma análise institucional da prática. Cortez: São Paulo, 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei nº. 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, 2001.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 05 de outubro de 1988.

BRASIL. **Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS).

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **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. Diário Oficial da União 2011; dez 26

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 9 fev. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes Núcleo de Apoio a Saúde da Família** (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica; n. 27) Saúde na escola/ Ministério da Saúde

– Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em http://bvs.ms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf. Acesso em 13 de out. 2019

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. **Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a reforma sanitária**: elementos para o debate. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão**. 10. ed. Brasília: CFESS, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Conselho Federal de Serviço Social, Brasília: CFESS, 2010. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parâmetros_para_a_Atuação_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em 12 de outubro de 2019.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na Contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 24. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

NETTO, J. P. **A construção do Projeto ético-político do Serviço Social** In: MOTA, A. E. et al. (Org.). Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

SIQUEIRA, M. Z. **A prática profissional do Serviço Social e a integralidade na assistência à saúde**. Dissertação de mestrado – UFPE. CCSA. Serviço Social, 2007.

RECUO VIVO: UM ESPAÇO DE BAIXO CUSTO VOLTADO PARA A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

*Clístenes Rocha Nicácio
Ana Luzia Lima Rodrigues Pita*

INTRODUÇÃO

Sabe-se que o processo de cura dos usuários da rede hospitalar está ligado a inúmeros fatores externos, como por exemplo, o ambiente no qual eles estão inseridos e a qualidade de atendimento que recebem. Atualmente a ênfase está na qualidade do ambiente hospitalar e na preocupação em afastar o aspecto hostil e institucional que predominou por décadas neste tipo de edificação (VASCONCELOS, 2004). Há uma série de ações e características que influenciam no processo de recuperação do paciente, sendo então fator chave no processo de cura. Essas ações estão relacionadas diretamente ao termo *humanização hospitalar*. Esse faz alusão tanto às características arquitetônicas do local, como às condutas de atendimento dos profissionais de saúde.

O presente capítulo aborda a importância da humanização e do bom planejamento da arquitetura nos EAS voltados ao tratamento da saúde mental na Atenção Básica. Através de pesquisa bibliográfica foi possível expor as principais características arquitetônicas que influenciam na recuperação dos pacientes e como estas podem ser aplicadas no estabelecimento de saúde. Este texto finaliza com a proposta de um espaço multidisciplinar e humanizado, de baixo custo voltado para atividades realizadas nas Unidades Básicas de Saúde como, por exemplo, palestras, rodas de conversa e oficinas.

DESENVOLVIMENTO

A Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde foi criada em 2003 e faz recomendações que incluem desde a logística hospitalar no âmbito da gestão, até tópicos de ambiência do espaço no qual o usuário está inserido. Segundo a PNH (BRASIL, 2013), o termo ambiência pode ser definido como o tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutiva. Entre os elementos que envolvem o termo ambiência, destacam-se: conforto ambiental, privacidade, acolhimento, integração, espaços de “estar” e espaços de inclusão e participação nas atividades cotidianas. Para Vasconcelos (2004) os pacientes recebem inúmeros benefícios para seu estado físico e emocional a partir do contato frequente ou prolongado com familiares, amigos ou até mesmo quando fazem parte de um sistema que proporciona suporte social.

A composição da ambiência também é formada por elementos como luzes e cores diretamente relacionadas a sensações de profundidade, a sons ligados ao conforto acústico, e à percepção física e tátil do espaço, como formas e texturas. É importante des-

tacar que a ambiência deve sempre aliar funcionalidade à estética do espaço construído (Brasil, 2013).

A iluminação é fundamental e deve ser observada como parte da ambiência e conforto. Já é comprovado que a luz natural proporciona melhor conforto visual e sensação de relaxamento, contribuindo para melhorar as condições psicológicas e fisiológicas dos indivíduos que utilizam o espaço. Ela também apresenta mais variações de cores que a luz artificial, o que contribui para percepção visual do espaço construído e, pessoalmente, para o relaxamento, pela mudança das distâncias focais do globo ocular (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2018).

Desde 1859 existem estudos que mostram a relevância da iluminação natural. Nesse período, a enfermeira Florence Nightingale lançou seus livros “*Notes on hospital*” e “*Notes on nursing*”, nos quais sugeria que os defeitos dos estabelecimentos assistenciais de saúde, então existentes, residiam principalmente na falta de padrões adequados de iluminação e ventilação natural (MIQUELIN apud CAVALCANTI, 2002).

FIGURA 1: ESPAÇO DE ESPERA COM ABUNDÂNCIA DE ILUMINAÇÃO NATURAL E PRESENÇA DE VEGETAÇÃO CONTRIBUI PARA A SENSACÃO DE RELAXAMENTO.



Fonte: Acervo pessoal (2018).

Sabendo que as questões em pauta são balizas para a humanização dos espaços físicos do Sistema Único de Saúde, espe-

cificamente os destinados à Atenção Básica, e que esse sistema conta com limitações financeira, aconselha-se o uso de materiais recicláveis e de baixo custo na aplicação de esquadrias ou mobiliários, por exemplo, sem deixar de lado a qualidade do espaço físico. Um desses materiais é o *Imawood*, composto por resinas plásticas adquiridas de garrafas pet e que reproduzem cores e texturas da madeira.

Como já dito, as cores também são elemento de suma importância no resultado final da ambiência, sendo responsáveis pela maior parte da percepção visual (CUNHA, 2004). E a depender de que cores, pode ocorrer uma ilusão de ótica advinda do comprimento das ondas. Podemos citar o azul e o verde como exemplos de ondas de curta duração, trazendo sensação de amplitude e limpeza ao ambiente. Já o vermelho, o laranja e afins possuem ondas de longa duração e conseqüentemente produzem efeitos contrários aos citados anteriormente (NICÁCIO, 2016).

Para maior esclarecimento, eis um resumo de sensações provocadas pelas cores descrito no quadro abaixo.

QUADRO 1: EFEITO DAS CORES NO PSICOLÓGICO DO SER HUMANO

Cor	Efeito de distância	Efeito de temperatura	Disposição psíquica
Azul	Distância	Frio	Tranquilizante
Verde	Distância	Frio a neutro	Muito tranquilizante
Vermelho	Próximo	Quente	Muito irritante e intranquilizante
Laranja	Muito próximo	Muito quente	Estimulante
Amarelo	Próximo	Muito quente	Estimulante
Marrom	Muito próximo	Neutro	Estimulante
Violeta	Muito próximo	Muito próximo	Agressivo, intranquilizante, desestimulante.

Fonte: Kroemer e Grandjean (2005).

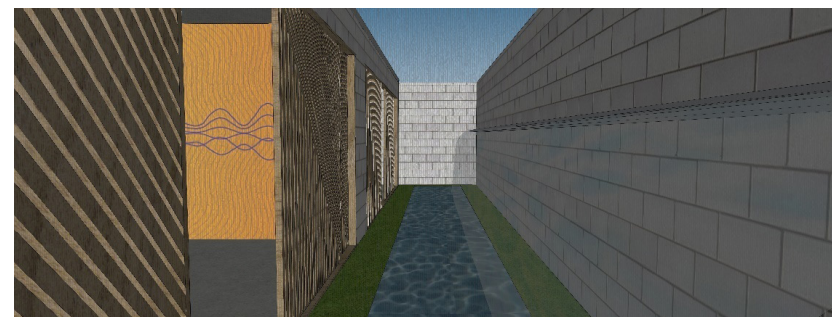
É recomendável, por exemplo, o uso de tons como laranja e amarelo nos ambientes onde ocorrem atividades como reuniões

ou palestras, pois essas têm ação estimulante. Já em espaços onde acontecem atividades como atendimento psicológico, a sugestão é de cores como azul e verde, por transmitirem tranquilidade.

O som também tem forte influência no conforto ambiental e pode fazer que o usuário o reconheça como confortável ou não. Exemplo a ser citado é o de uma fábrica com grande quantidade de ruídos, o que torna o ambiente estressante, irritante e frustrante.

Sabendo das limitações nos projetos arquitetônicos nos quais domina a lógica econômico-financeira, e visando ao melhor conforto para os Estabelecimentos Assistenciais de Saúde de modo geral, uma viável alternativa de baixo custo é o uso de emissores de sons naturais, como por exemplo, lagos artificiais, cascatas e até mesmo viveiros com aves ou outros animais (Figura 2).

FIGURA 2: CASCATAS INTEGRADAS ÀS SALAS DE TERAPIA



Fonte: Acervo pessoal (2018).

Outra possibilidade está no uso da música, em especial nos ambientes terapêuticos e recreativos. A música estimula o desempenho da endorfina e está diretamente ligada ao ritmo cardíaco. Por exemplo, a música clássica quando executada diminui os batimentos cardíacos, já ritmos como o rock e funk os tornam mais acelerados.

Nos ambientes, o conforto do corpo humano é assegurado pela escolha adequada do mobiliário, ou seja, pelo *design* ergonômica-

mente correto, pelo uso de tecidos leves para facilitar a manutenção, pelos cantos arredondados nos móveis, evitando acidentes quando movidos ou na circulação das pessoas. A impossibilidade de reposicionar os móveis pode produzir estresse ou ansiedade no usuário e contribuir para a sensação de insegurança e dependência.

A qualidade tátil do espaço pode ser aprimorada por meio do uso de tratamentos diferenciados para as superfícies, como variedade de tecidos, acabamentos e versatilidade dos móveis, proporcionando conforto e maior interação entre os usuários e o ambiente construído.

Uma opção bastante interessante e usual é proporcionar o contato direto dos usuários com o ambiente externo ou com vegetação situada no espaço, pois a natureza é rica em texturas e pode estimular positivamente o corpo humano (Figura 3). Pátios externos, átrios, hortas e jardins internos, ou mesmo tetos jardins são ótimas alternativas para a interação do usuário com a natureza, e conseqüentemente, com maior variedade de texturas.

Segundo Kaplan (1977), as pessoas não necessitam fazer esforço e nem consumir energia para captar os estímulos da natureza. A distração ocasionada pela paisagem natural permite que o organismo repouse e que as reservas de energia sejam repostas.

FIGURA 3: JARDIM INTERNO TORNANDO-SE UM ESPAÇO DE PERMANÊNCIA



Fonte: Acervo pessoal (2018).

A PROPOSTA DE UM ESPAÇO HUMANIZADO

Diante de todas as informações citadas e com o objetivo de conceber um espaço livre, público e de baixo custo para fins de vivência e multitarefas voltados para a saúde mental na atenção básica, foi criado o Recuo Vivo (Figura 4), que consiste em um espaço localizado nos recuos de Unidades Básicas de Saúde com a função de realizar atividades como: palestras, rodas de conversa, vivências e atividades recreativas para os usuários dessas unidades.

O projeto não foi executado, ou seja, trata-se de uma locação hipotética, porém existe a possibilidade de implantá-lo em uma das Unidades Básicas de Saúde do município de Patos-PB, para fins de teste.

FIGURA 4: PERSPECTIVA DO RECUO VIVO.



Fonte: Acervo pessoal (2018).

O Recuo Vivo surgiu do conceito dos *Pocket Parks*, que são um novo modelo de espaço livre com a conformação de um miniparque, compacto e implantado em lotes inutilizados ou sem uso pré-estabelecido, terrenos baldios e até mesmo em sobra de terrenos. A diferença entre os *Pocket Parks* e o Recuo Vivo é a seguinte: no primeiro caso, o projeto é implantado em lotes inutilizados; já no segundo, ele é criado nos recuos dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde já existentes. Ou seja, o lote se encontra em uso,

porém, com áreas externas ociosas. O projeto deve ser implantado especificamente em Unidades Básicas de Saúde, por serem essas que dão o suporte à Atenção Básica.

Para a concepção do projeto do Recuo Vivo foram utilizados três principais parâmetros: o baixo custo, a ambiência e a facilidade de produção. O primeiro parâmetro a ser citado foi o que balizou todo o restante do projeto, logo, é de ciência comum que o setor público sofre com limitações financeiras, e que todas as suas edificações devem ser de menor custo possível. Diante disto, foi priorizado o uso de materiais recicláveis em maior parte do projeto, como por exemplo, pallets para o piso e assentos, e pneus como bancos (Figura 5).

FIGURA 5: MOBILIÁRIO FEITO DE MATERIAL RECICLÁVEL



Fonte: Acervo pessoal (2018)

Um detalhe referente ao uso de pneus deve ser evidenciado: a proposta é utilizar os que não estão mais em uso nos veículos do próprio município, o que gera economia e sustentabilidade, simultaneamente.

No segundo parâmetro a ser seguido, a ambiência, é possível usar cores e texturas, materiais e o layout dinâmico. O principal intuito é de criar um ambiente vivo que possa se adaptar às

necessidades das atividades a serem realizadas no espaço, como palestras ou rodas de conversa e atividades de musicoterapia.

Por fim, a terceira condicionante, a facilidade de produção. Para que o projeto possa ser executado facilmente e sem mão de obra especializada, propõem-se algumas técnicas construtivas, como por exemplo, a marcenaria DIY, iniciais da frase em inglês *do it yourself* que quer dizer “faça você mesmo”. Toda a parte de marcenaria é produzida em pallets, já que este tipo de estrutura em madeira é encontrado no mercado já pronto para o uso. É dada prioridade ao uso de materiais pré-fabricados, consequentemente, sem a necessidade de muitos arranjos (Figura 6).

FIGURA 6: MOBILIÁRIO E PISO CONFECCIONADOS EM PALLETS.



Fonte: Acervo pessoal (2018).

O projeto padrão do Recuo Vivo é composto basicamente por assentos, uma área sombreada por vegetação, podendo ser alterado de acordo com a necessidade dos usuários e das atividades a serem realizadas. O layout do espaço tem como forte característica a liberdade de escolha, ou seja, a maneira como o mobiliário será distribuído fica a critério de quem faz uso dele.

O projeto possui também uma parede avaliativa (Figuras 7 e 8) que consiste num espaço em branco, especificamente uma

parede, onde os usuários podem desenhar, grafitar ou manifestar a arte de diversas maneiras, nas seguintes cores, porém, em diferentes tons: azul, verde e vermelho. A escolha de tais cores advém do efeito psicológico que trazem, respectivamente, tranquilizantes e estimulantes, desejado durante as atividades.

FIGURA 7: PAREDE AVALIATIVA



Fonte: Acervo pessoal (2018).

FIGURA 8: VISTA FRONTAL DA PAREDE AVALIATIVA



Fonte: Acervo pessoal (2018).

A parede avaliativa, que tem como função servir de espaço para manifestações artísticas dos usuários, serve também para

avaliar o serviço oferecido pela equipe da Unidade Básica de Saúde através do uso de cores: o azul representará um atendimento mediano, o verde um atendimento bom, e o vermelho um atendimento ruim. Em resumo, a parede segue o mesmo critério do espaço no geral: a multidisciplinaridade.

CONCLUSÃO

Existe uma ligação entre arquitetura e humanização dos espaços de Estabelecimentos Assistenciais à Saúde, em especial nos que se referem à saúde mental. Um ambiente adequado está diretamente ligado ao processo de cura e conforto psicológico dos usuários, logo, deve ser um aspecto de preocupação e interesse dos que constroem e gerenciam os equipamentos do SUS. A sociabilidade do usuário deve ser o parâmetro fundamental desde a sua concepção até seu destino final.

Em suma, enxerga-se o Recuo Vivo como uma alternativa de baixo custo e de fácil execução voltada para o tratamento da saúde mental na atenção básica. Um espaço multidisciplinar, onde devem acontecer atividades como palestras, musicoterapia, rodas de conversa e até oficinas de artesanato, inclusive avaliação dos serviços. É importante dizer que este projeto, se realizado, ocupará um espaço, na maioria das vezes, ocioso e inutilizado nas Unidades Básicas de Saúde: os recuos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização-PNH**. 2013. Humaniza SUS. Disponível em: <http://bvsmms>.

saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 11 out. 2018.

CAVALCANTI, P. B. **Qualidade da Iluminação em Ambientes de Internação Hospitalar**. 2002. 168 f. Dissertação (Mestrado)–Curso de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

CUNHA, L. C. R. **A Cor no Ambiente Hospitalar**. São Paulo, 2004.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Ambiência**. 2018. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/humanizacao/areas-tematicas/ambiencia>>. Acesso em: 13 set. 2018.

KAPLAN, R. Some psychological benefits of gardening. **Environment and Behavior**, v. 5, n. 2, p. 145-161, jun. 1973.

KROEMER, K. H. E.; GRANDJEAN, E. **Manual de ergonomia: adaptando o trabalho ao homem**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

NICÁCIO, C R. **Análise arquitetônica da sala de triagem e espera do Hospital Regional Deputado Janduy Carneiro, Patos-PB**. 2016. No prelo.

VASCONCELOS, R. T. B. **Humanização de ambientes hospitalares: características arquitetônicas responsáveis pela integração interior/exterior**. 2004. 177 f. Dissertação (Mestrado)–Curso de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

PARTE III: SAÚDE MENTAL E QUALIDADE DE VIDA

CAPÍTULO XXI

NÍVEL DE DEPENDÊNCIA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS E SUA CORRELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA DE CUIDADORES

*Manuela Carla de Souza L. Daltró
Yasmin de Sousa Barbosa
Milena Nunes Alves de Sousa
Larissa de Araújo Batista Suárez
Roberto Alexandre Franken*

INTRODUÇÃO

O nascimento de uma criança com alguma deficiência ou transtorno grave de desenvolvimento é um evento que, embora muito temido, nunca é esperado, e provoca repercussões emocionais e físicas significativas sobre toda a família que passa a enfrentar múltiplas dificuldades (FRANCO, 2016).

Os transtornos mentais se evidenciam como os principais desafios enfrentados pelos serviços de saúde no mundo. Na maioria

das vezes, antes mesmo do diagnóstico confirmado, já se encontram indícios de sofrimento psíquico em crianças e adolescentes. Por isso a identificação precoce do transtorno mental, seus fatores de riscos, bem como suas possíveis complicações e possibilidades de superação, ajudam na formulação de propostas de desenvolvimento e bem-estar dessas crianças e adolescentes no decorrer de suas vidas (LOPES et al., 2016).

A família executa um papel imprescindível na vida infantil e juvenil, pois é no seio familiar que a pessoa cresce, é cuidada, nutrida, adquire concepção de si mesmo, desenvolve suas crenças e valores e onde é preparada para enfrentar a vida. Do mesmo modo que toda a família é importante, ela também é afetada, fica fragilizada, com relações comprometidas com eventos adversos que produzem sobrecargas emocionais, físicas e financeiras (NASCIMENTO et al., 2016).

Lidar com uma criança ou adolescente com transtorno mental requer da família uma dedicação maior, no sentido de se adequar a nova situação. Geralmente ela tende a buscar redes sociais de apoios que a ajudem a minimizar as dificuldades e sofrimentos que a doença impõe a suas vidas (VICENTE; HIGARASHI; FURTADO, 2015).

O *cuidador* é aquele membro da família que se dedica sozinho aos cuidados da criança ou do adolescente com transtorno mental; ou que, mesmo nas situações em que sua atividade é dividida, permanece como principal responsável. Apesar da grande variedade de arranjos familiares na prestação da assistência, os genitores, irmãos e cônjuges são a composição mais frequente (DUARTE; FERREIRA NETO, 2016).

Segundo Santos e Bandeira (2015), essa relação traz consigo sobrecargas objetivas à vida do cuidador, como a suspensão da vida social, acadêmica ou profissional. Além disso, o cuidador passa a se ver como a única pessoa a que o indivíduo com o

distúrbio possa recorrer, sente sua dependência e receia pelo seu futuro, e isso interfere diretamente na sua qualidade de vida (QV) (BANDEIRA et al., 2014).

Daltro (2015) demonstra que o cuidador diminui a satisfação com a QV. Pois sua dedicação quase absoluta à pessoa com transtorno mental impacta sua vida social, conjugal e sexual. Segundo Duarte e Ferreira Neto (2016), 85,9% dos cuidadores abandonam o emprego para cuidar da criança/adolescente com transtorno mental, somente 34,4% possuem algum tipo de lazer, 81,3% tiveram mudanças na vida conjugal e, em sua grande maioria (98,1%), para pior, e 31,3% não têm relações sexuais. Grande parte deles relatam mudanças de hábito, perda de sono, estresse, tristeza, irritabilidade e sensação de incapacidade.

É relevante abordar sobre este tema, pois oportuniza uma reflexão mais aprofundada da comunidade acadêmica e dos profissionais da saúde que atuam com esse público, o que pode contribuir para o desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde para os sofrem transtornos e suas famílias.

Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar o nível de dependência de crianças e adolescentes com transtornos mentais e a correlação com a qualidade de vida de seus cuidadores.

MATERIAL E MÉTODO

Tratou-se de uma pesquisa de campo descritiva, exploratória com abordagem quali-quantitativa, tendo sido submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Patos, parecer de número 3.849.920/2020.

O estudo foi realizado on-line, por meio de ligações e via um grupo de *WhatsApp* de mães cujos filhos são usuários no Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil (CAPSi) do município de

Patos, na Paraíba, referência para a população local e para cidades circunvizinhas.

O foco do estudo foram os responsáveis diretos (o que dispensa mais de 50% de seu tempo) pelos cuidados prestados à criança ou ao adolescente com transtornos mentais. Excluíram-se os instrumentos que foram devolvidos incompletos. Participaram da pesquisa 26 cuidadores de crianças e adolescentes com transtornos mentais, atendidas no Centro de Atenção Psicossocial Infantil da cidade de Patos, na Paraíba. A amostra foi finalizada mediante técnica de saturação, quando na coleta de dados nenhum elemento novo elemento foi identificado e o acréscimo informações novas se tornou desnecessário, uma que não alterava o entendimento do objeto (NASCIMENTO et al., 2018).

Para a coleta de dados, realizada entre 20 de agosto e 20 de outubro de 2020, foi utilizado um roteiro de entrevista com questões sociais e demográficas, um *checklist* das atividades de vida diária e o questionário de QV WHOQOL-Bref. Quanto aos dados sociais e demográficos foram obtidas informações sobre sexo, faixa etária, escolaridade, ocupação, situação conjugal, estrutura familiar e nível de dependência da criança/adolescente, impactos da descoberta do diagnóstico, principais dificuldades enfrentadas.

O checklist das atividades de vida diária (AVD) conteve 25 itens, abrangendo cuidados pessoais, alimentação, tarefas domésticas, transporte/locomoção e outros, com o objetivo de identificar as dificuldades e as potencialidades das crianças e adolescentes com transtornos.

Também se adotou o questionário desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde, em sua forma abreviada (WHOQOL-Bref) e versão em português, descrito e validado por Fleck et al. (2000). Ele é constituído por 26 perguntas (sendo a pergunta número 1 e 2 sobre a qualidade de vida geral). As respostas seguem uma escala de Likert (de 1 a 5, quanto maior a pontuação melhor a qualidade

de vida). Fora essas duas (1 e 2), o instrumento tem 24 facetas que compõem quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Os dados da amostra foram analisados e tabulados no *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS 22.0). Além de estatística básica (frequência relativa e absoluta), utilizou-se o Teste Qui-quadrado. Foi adotada uma significância estatística de $p \leq 0.05$. Para as questões abertas, foi adotada a análise de conteúdo segundo Bardin (2006).

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DOS CUIDADORES

Os resultados indicaram idades dos cuidadores entre 25 e 54 anos (média= 37,5), 96,15% (n=25) eram mulheres, 88,5% (n=23) eram mães, 30,8% (n=8) possuíam ensino médio incompleto, 76,9% (n=20) eram donas de casa e 46,2% (n=12) casados. A religião principal é a católica (80,8%; n=21) (Tabela 1).

TABELA 1: DESCRIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DOS CUIDADORES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS, ATENDIDAS NO CAPSI, DA CIDADE DE PATOS-PB (CONTINUA...)

VARIÁVEL	N=26	%
Sexo		
Feminino	25	96,15
Masculino	1	3,85
Escolaridade		
Sem escolaridade	0	0
Ensino fundamental	7	26,9
Ensino médio incompleto	8	30,8
Ensino médio completo	5	19,2
Ensino superior incompleto	1	3,8
Ensino superior completo	5	19,2

(CONTINUAÇÃO)

VARIÁVEL	N=26	%
Ocupação		
Do lar	20	76,9
Auxiliar de serviços	2	7,7
Professor(a)	1	3,8
Agricultor(a)	1	3,8
Pedagogo(a)	1	3,8
Estudante	1	3,8
Estado Civil		
Casado(a)	12	46,2
Solteiro(a)	6	23,1
Viúvo(a)	1	3,8
Separado(a)	1	3,8
Divorciado(a)	6	23,1
Religião		
Católico(a)	21	80,8
Evangélico(a)	5	19,2
Parentesco		
Mãe	23	88,5
Pai	1	3,8
Tia	1	3,8
Avó	1	3,8

CARACTERÍSTICAS DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS

A idade das crianças e adolescentes variou entre 3 e 17 anos, mas 57,7% (n=15) tinham entre 5 e 9 anos, 73,1% (n=19) eram do sexo masculino e 88,5% (n=23) residiam em zona urbana. As patologias mais frequentes eram autismo (53,8%; n=14) e retardo mental (30,9%; n=8) (Tabela 2).

TABELA 2: DESCRIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS, ATENDIDAS NO CAPSI, DA CIDADE DE PATOS-PB

(CONTINUA...)

VARIÁVEL	N=26	%
Sexo		
Feminino	7	26,9
Masculino	19	73,1

(CONTINUAÇÃO)

VARIÁVEL	N=26	%
Diagnóstico médico		
Autismo	14	53,8
TDAH	2	7,7
Retardo mental	8	30,9
Esquizofrenia	1	3,8
Depressão infantil	1	3,8
Faixa etária (anos)		
3 à 4 anos	1	3,8
5 à 9 anos	15	57,7
10 à 14 anos	7	26,9
15 à 17 anos	3	11,5
Reside		
Zona Urbana	23	88,5
Zona Rural	3	11,5

DIFICULDADES ENFRENTADAS NO CUIDADO COM A CRIANÇA OU ADOLESCENTE COM TRANSTORNOS MENTAIS

Os cuidadores citaram diversas dificuldades, dentre os quais, as de comunicação/compreensão/obediência e as de comportamento. Apresentam-se algumas de suas falas, a seguir.

Assim, para 42,3% (n=11) cuidadores as principais dificuldades estão relacionadas à comunicação/compreensão/obediência:

Tudo é muito difícil, ele destrói tudo, não entende muito, nem obedece' (C07).

A desobediência dele é a pior, por ele não entender muito as coisas, e não poder ir a muitos lugares, porque quando tem muita gente ele se incomoda (C17).

A. não aceita um não, é uma luta diária, quer que tudo seja do jeito dele. O entendimento é muito complicado (C26).

Ainda, 19,2% (n=5) atribuíram as principais dificuldades ao comportamento:

Ele é muito insistente, quando quer uma coisa tem que ser na mesma hora, repete o dia todo a mesma coisa, quer ficar sempre comendo e as vezes fica nervoso e agressivo (C03).

A pior parte é da irritação dela, ela tem crises de choro, fica extremamente agressiva, e também tem a parte da higiene, por não querer usar o banheiro (C10).

Ele é muito agitado, não se controla, fica correndo direto, quando ocorre de não tomar o remédio é pior ainda, ele fica impaciente (C18).

Adicionalmente, 15,3% (n=4) relataram que a dependência é um fator dificultoso:

Tudo é muito difícil, ela não faz nada, não me escuta, dá muito trabalho, fica bagunçando, e eu mal saio porque também tenho outro filho com transtorno mental de sete anos' (C04).

É mais ter que fazer praticamente tudo para eles' (C19).

Ela depende de mim para tudo' (C23).

Também, 15,3% (n=4) mencionaram dificuldades relacionadas aos tratamentos.

As terapias dele, por não conseguir fazer em casa, ter que ir lá no local, e às vezes chega lá e ele não quer (C01)

Ele não fala, usa fralda, tem seletividade alimentar, é difícil o tratamento e ainda tem omissão de ajuda (C20).

Procurar atendimento médico, tentar fazer os exames que precisam, e também ele não entende muito, aí fica perguntando as coisas e o pessoal tem muito preconceito (C22).

Por fim, 7,7% (n=2) relataram que sair de casa é difícil:

É difícil sair, porque ele não gosta (C06).

Não consigo trabalhar, e para sair é uma loucura, só saio com os dois filhos se tiver outra pessoa pra me ajudar (C11).

ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PARA MINIMIZAR AS DIFICULDADES ENCONTRADAS

Verificou-se que 50,0% (n=13) dos cuidadores não souberam responder quais estratégias poderiam ser utilizadas para melhorar a situação ou não se sentiram discriminados.

Nunca sei o que fazer (C03).

Não sei, só espero ele se acalmar (C11).

Contudo, outros destacaram não sair ou evitar alguns locais e buscar formas de melhorar a comunicação. Verificou-se que 19,2% (n=5) cuidadores afirmaram que a melhor estratégia a ser utilizada é não sair ou evitar alguns locais:

Evitamos sair (C04).

Evito ir a muitos lugares com ele (C05)

Evito ir a lugares que tenham muitas pessoas (C16)

E 15,3% (n=4) referiram que buscam melhorar a comunicação para que a criança ou adolescente entenda melhor as coisas e as situações:

Tentamos falar com ele, explicando, ou deixar ele sozinho um pouquinho para se acalmar (C06).

Uso de várias formas de linguagem, tanto para ele entender o que eu quero falar, como para ele se expressar e a gente entender (C13).

Do total, 11,5% (n=3) relataram que pararam de trabalhar:

Parei de trabalhar para só cuidar dela (C21).

QUALIDADE DE VIDA AVALIADA PELAS ENTREVISTAS

Os cuidadores citaram diversos fatores como definição de qualidade de vida, dentre os quais se destacam ter saúde, moradia e alimentação. Portanto, para a grande maioria da amostra, a QV significa ter saúde (57,7%; n=15).

Ter saúde para não sofrer tanto (C02).

Ter saúde, acesso aos tratamentos e remédios se precisar e paz espiritua' (C05).

Primeiramente, ter saúde, o resto é de menos (C08).

Eu e meus filhos termos saúde (C12).

Do total, 26,9% (n=7) declararam que QV está relacionada à boa moradia e alimentação.

É ter o que comer e onde morar, para mim já é o essencial (C17).

Ter uma estrutura boa, casa para morar, capacidade de suprir as necessidades, bom tratamento para meu filho, situação financeira equilibrada (C20).

Dois (7,7%) relacionaram QV às condições financeiras.

Ter condições financeiras pra proporcionar uma vida boa para a família (C09).

Ter um bom trabalho e ser independente (C10).

E 3,8% relataram

Primeiramente, ter Deus, amor, paciência, saúde e paz (C06).

Outros 3,8% apontaram:

Ter uma vida boa, dormir bem, menos estresse (C14).

ASPECTOS POSITIVOS E NEGATIVOS

Os pontos positivos mais citados pelos cuidadores foram a existência de seus filhos e ter pensamentos positivos. Quanto aos pontos negativos, destacaram o desânimo e as dificuldades diárias (Tabela 3).

TABELA 3: FATORES QUE OS CUIDADORES MENCIONARAM COMO PONTOS POSITIVOS EM SUAS VIDAS.

FATORES POSITIVOS	N=26	%
Filhos/netos	6	23,07
Pensamentos positivos	4	15,3
Família	1	3,8
Saúde	1	3,8
Deus	1	3,8
Não soube responder	13	50
FATORES NEGATIVOS	N=26	%
Cansaço	3	11,5
Desânimo e dificuldades diárias	5	19,2
Preconceito	2	7,7
Falta de tempo	2	7,7
Não soube responder	14	53,8

Sobre os pontos positivos, 50% (n=13) não souberam responder. Porém seis participantes (23,07%) relataram que o mais positivo em suas vidas são seus filhos e netos.

Apesar de tudo, eles dois são a alegria daqui de casa (C18).

Meus filhos são meus amores, alegria de viver (C09).

Quatro (15,3%) descreveram que seus pensamentos positivos são os melhores aspectos do dia a dia..

Tento levar as coisas ao máximo numa boa, sem esquentar a cabeça (C05).

Não me entrego às coisas, vou sempre à luta (C17).

E 3,8% relataram que a fé em Deus é o ponto mais positivo em sua vida; outros 3,8% disseram que o melhor é sua família; e ainda outros 3,8% mencionaram a saúde dos filhos.

Coloco Deus à frente de tudo, apesar de todas as dificuldades (C10).

Minha família (C21).

Apesar dos meninos terem autismo, eles são saudáveis na medida do possível e entendem algumas coisas” (C07)

Ao ponderar sobre os aspectos negativos e as dificuldades que vivenciam, 50% (n=14) dos entrevistados não souberam responder. Três (11,5%) relataram cansaço:

O cansaço diário (C13).

O dia é cansativo por ter três filhos (C03).

Cinco cuidadores (19,2%) responderam relacionando desânimo e dificuldades diárias:

Não sei lidar bem quando não consigo suprir alguma necessidade do meu filho (C17).

Desanimar, às vezes, por receber tanto não e caras fechadas (C22).

Têm dias que bate o baixo astral (C05).

As dificuldades que a gente passa e não posso dar o melhor aos meus filhos (C10).

Poderíamos sair mais, mas como tem os dois é muito difícil (C07).

Dois (7,7%) mencionaram vivências de preconceitos.

A minha filha sofre muito preconceito ainda, às vezes na rua perguntam se ela é doída (C09).

Dificuldade de lidar com meu filho, os maus olhados das pessoas de fora, falta de empatia das pessoas’ (C21).

Dois (7,7%) relataram a falta de tempo para cuidar de si.

Não tenho tempo de resolver quase nada (C18).

PERCEPÇÃO SOBRE A QV PELOS CUIDADORES APÓS A DESCOBERTA DA DOENÇA DA CRIANÇA OU ADOLESCENTE

Ao considerar a percepção sobre a QV 92,4% (n=24) dos entrevistados referiram que ela piorou após a descoberta da doença da criança ou adolescente.

Agora me sinto muito presa e fico estressada (C01).

Mudou totalmente, desde que descobrimos, quando ela tinha um ano, não durmo direito (C14).

Mudou muito, praticamente não saio, vivo pra ele (C15).

Ela mudou totalmente, eu trabalhava mais, tive que abdicar de tudo, hoje passo muitas situações difíceis (C20).

Dificultou muito desde que peguei ele para criar, mas não me arrependo (C22).

Não tenho vida, vivo exclusivamente para eles (C23).

Ela mudou muito, porque tive que me adaptar à realidade dele (C24)

Mudou bastante, antes frequentava mais lugares, hoje não, tudo gira em torno dele, vivo em função dele, e acabo esquecendo de mim (C25).

Outro cuidador (3,8%; n=1) destaca sua adaptação positiva, após a descoberta da doença.

A minha qualidade de vida é ótima, pois a gente tem que agradecer a Deus por tudo independentemente da situação. M. não me impede de nada, eu e meu filho o tratamos da melhor maneira possível (C18).

Ainda um dos cuidadores (3,8%) relatou não ter havido mudanças.

Permaneceu a mesma, ela é minha companhia para tudo (C21).

ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA REALIZADAS PELAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS

Avaliou-se a capacidade funcional das crianças e adolescentes através desse *Checklist* com tarefas de autocuidado. Mediante as respostas dos cuidadores, as atividades mais afetadas são: tomar o próprio remédio, ir a lugares distantes e utilizar transporte público, todas com 100% (n=26), seguidas de preparar refeições (95,2%; n=25) e utilizar dinheiro (88,5%; n=23). (Tabela 3).

TABELA 3: ESTATÍSTICA DESCRITIVA DO CHECKLIST DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

VARIÁVEIS		
Vestir as roupas		
Independente	4	15,4
Com ajuda	11	42,3
Dependente	11	42,3
Retirar as roupas		
Independente	10	38,5
Com ajuda	7	26,9
Dependente	9	34,6
Amarrar sapatos		
Independente	3	11,5
Com ajuda	3	11,5
Dependente	20	76,9
Fechar zíper e botões		
Independente	4	15,4
Com ajuda	2	7,7
Dependente	20	76,9
Tomar banho		
Independente	4	15,4
Com ajuda	4	15,4
Dependente	18	69,2
Escovar os dentes		
Independente	5	19,2
Com ajuda	4	15,4
Dependente	17	65,4
Usar o banheiro		
Independente	5	19,2
Com ajuda	5	19,2
Dependente	16	61,5
Lavar as mãos		
Independente	4	15,4
Com ajuda	7	26,9
Dependente	15	57,7
Lavar o rosto		
Independente	4	15,4
Com ajuda	7	26,9
Dependente	15	57,7
Utilizar talheres		
Independente	17	65,4
Com ajuda	3	11,5
Dependente	6	23,1
Serve os alimentos		
Independente	2	7,7
Com ajuda	2	7,7
Dependente	22	84,6
Preparar refeições		
Independente	0	0
Com ajuda	1	3,8
Dependente	25	96,2

VARIÁVEIS		
Guardar objetos		
Independente	12	46,2
Com ajuda	6	23,1
Dependente	8	30,8
Arrumar a cama		
Independente	3	11,5
Com ajuda	1	3,8
Dependente	22	84,6
Dobrar roupas		
Independente	4	15,4
Com ajuda	2	7,7
Dependente	20	76,9
Vai à lugares distantes		
Independente	0	0
Com ajuda	0	0
Dependente	26	100,0
Conhece o caminho de casa		
Independente	0	0
Com ajuda	10	38,5
Dependente	16	61,5
Anda pela vizinhança		
Independente	4	15,4
Com ajuda	8	30,8
Dependente	14	53,8
Atravessa a rua		
Independente	2	7,7
Com ajuda	6	23,1
Dependente	18	69,2
Utiliza transportes públicos		
Independente	0	0
Com ajuda	0	0
Dependente	26	100,0
Faz pequenas compras		
Independente	1	3,8
Com ajuda	5	19,2
Dependente	20	76,9
Utiliza dinheiro		
Independente	0	0
Com ajuda	3	11,5
Dependente	23	88,5
Utiliza telefone		
Independente	3	11,5
Com ajuda	8	30,8
Dependente	15	57,7
Toma remédio		
Independente	0	0
Com ajuda	0	0
Dependente	26	100,0
Escolhe as próprias roupas		
Independente	4	15,4
Com ajuda	7	26,9
Dependente	15	57,7

CORRELAÇÃO ENTRE O CHECKLIST DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA E O QUESTIONÁRIO WHOQOL-BREF

O resultado produz o chamado coeficiente de correlação, num valor de 0,0 a 1,0, sendo que 0,30 é considerado um bom índice e quanto mais próximo de 1,0 melhor, podendo ser significativo ou não. A tabela 4 indica que a relação das atividades diárias com as relações sociais é significativa ($r=0,42$; $p=0,030$). Isso quer dizer que quanto mais dependente é a criança mais sua situação provoca impacto no âmbito social do cuidador.

TABELA 4: CORRELAÇÕES ENTRE O CHECKLIST DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA E OS DOMÍNIOS DO WHOQOL-BREF

VARIÁVEL	FÍSICO	PSICOLÓGICO	RELAÇÕES SOCIAIS	MEIO AMBIENTE
Checklist	$r=0,27$ $p=0,172$	$r=0,31$ $p=0,119$	$r=0,42^*$ $p=0,030$	$r=0,22$ $p=0,275$

r = Valor do coeficiente de correlação

p = Valor da significância

* A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

DISCUSSÃO

De acordo com os resultados foi observada uma quantidade relevante de mulheres (96,15%) e mães (88,5%) como sendo as principais cuidadoras das crianças e adolescentes com transtornos mentais, corroborando com os resultados do estudo de Muijlaert, Delfini e Reis (2015), em que se observou facilmente que a presença da mãe em relação às outras pessoas da família é altamente predominante. A mãe aparece como principal cuidadora em 56,9% dos casos.

A tendência da mulher de ir para o mercado de trabalho não é acompanhada pela tendência do homem de cuidar da vida do-

méstica. Dessa forma, ela acumula as tarefas, o que vem sendo chamado de “a dupla jornada feminina”. Essa situação repercute no efeito de fixar a mulher em seu papel tradicional de cuidadora do lar. Quando se trata de crianças e adolescentes com transtornos mentais, essa situação se acirra, porque nem sempre é possível conciliar a tarefa de ser responsável pela renda e pelo cuidado (MAIA et al., 2018).

Lins, Rodrigues e Ferreira (2019) evidenciaram em estudo que as mulheres se encontram na posição de principal cuidadora. E quando questionadas por qual motivo isso ocorre elas apresentam duas causas: a naturalização da maternidade e o abandono paterno. Quando indagadas sobre a mudança na qualidade de vida depois de assumir o cuidado do familiar, declararam que nessa rotina de cuidados dispõem de menos tempo para se dedicar a suas próprias necessidades e desejos, permanecendo muitas vezes sozinhas em situações de adoecimento físico e mental.

Os resultados do presente estudo encontraram um percentual significativo de cuidadoras que não exercem atividades laborais fora do domicílio, a grande maioria são donas de casa (76,9%), em concordância com o trabalho de Giallo et al. (2013) realizado na Austrália. Para tais autores, a atividade de cuidar de pessoas com transtornos mentais está relacionada a jornadas diárias intensas, levando muitas vezes à abdicação de atividades profissionais, pela dedicação exclusiva ao tratamento da pessoa cuidada e às atividades domésticas.

Na pesquisa, observou-se que 46,2% dos cuidadores eram casados, similar ao evidenciado nos estudos de Caicedo (2014) e Zajicek et al. (2015) que apontam o predomínio de cuidadores casados, primeiro porque são pais (mais mães) que assistem os filhos, mas também porque, algumas vezes cuidado é dividido entre os cônjuges.

Este estudo mostrou que 80,8% dos cuidadores eram católicos, e sabe-se que a religião é uma força propulsora para o enfrentamento e superação das dificuldades diárias. Segundo depoimento de algumas mães entrevistadas, a fé em Deus minimiza a sobrecarga, a angústia e o estresse do cotidiano de cuidar (MAIA et al., 2018).

No estudo realizado por Masuchi e Rocha (2015) no qual abordam os cuidadores assistidos pela Estratégia Saúde da Família, entre as religiões mais citadas prevaleceram a católica e a evangélica, retratando a distribuição da população brasileira de acordo com o censo demográfico de 2010.

Com relação à escolaridade, esta pesquisa difere dos achados na literatura, pois em pesquisa realizada por Costa (2016) foi encontrado que de 21 cuidadores de crianças/adolescentes com transtornos, 10 referiram ter ensino superior completo. Essa discrepância pode estar relacionada aos Estados e municípios onde foram realizadas as investigações.

O presente estudo trouxe como variável de destaque o sexo masculino das crianças e adolescentes com transtornos (73,1%). Anjos et al. (2017) destacam um achado interessante envolvendo tanto amostras clínicas quanto epidemiológicas quanto a maior frequência de transtornos mentais em meninos do que em meninas. Esta pesquisa corrobora o achado, com destaque para meninos com transtorno do espectro autista (TEA). Outros trabalhos vão à mesma direção. Um que descreveu a abordagem terapêutica e estabeleceu relações entre características sociais, econômicas e o cuidado de crianças nos centros de atenção psicossocial infanto-juvenis também encontrou predomínio do sexo masculino (GONDIN; MACIEL; MONTEIRO, 2017), assemelhando-se a pesquisas realizadas no CAPSI de São Paulo (61,2%) e Recife (83,3%) (DOMBI-BARBOSA et al., 2009; LOPES; FACUNDES; NÓBREGA, 2010).

No grupo estudado, a idade das crianças e adolescente variou de três a 17 anos. Do total, quinze (57,7%) crianças tinham entre cinco e nove anos, diferindo da pesquisa de Hoffmann, Santos e Mota (2008) que encontraram como idade média das crianças e adolescentes com transtornos mentais usuárias dos serviços de Centros de Atenção no Brasil é 11,1 anos.

Os cuidadores que participaram da presente pesquisa citaram algumas dificuldades encontradas no cuidado diário dessas crianças e adolescentes, como: problemas de comunicação, de comportamento, de dependência, de tratamento e de sair de casa. Em consonância com esses dados, no estudo de Canal et al. (2018), os pais alegaram que a comunicação era o principal fator que dificultava o relacionamento com os filhos, resultando em obstáculo tanto para a compreensão, quanto para manifestação de intenções e sentimentos, prejudicando trocas sociais e afetivas.

Quando se trata de um distúrbio mental, os encargos vivenciados pelas famílias são inúmeros e se traduzem em sobrecarga para o cuidador, pois a criança/adolescente muitas das vezes depende deles em suas tarefas cotidianas (dar a medicação, acompanhar o tratamento, cuidar da higiene pessoal, da alimentação, sair de casa, e outros). Essas tarefas requerem do cuidador conhecimento e disponibilidade, ou seja, tempo para se dedicar, além de preparo físico e emocional para lidar com as mais diversas situações (CAMPELO; COSTA; COLVERO, 2014).

Em relação a sair de casa, Minatel e Matsukura (2014) encontraram que os pais adaptaram sua vida social em função dos filhos com transtornos, pois a escolha do lugar que frequentar e o tempo de permanência fora do lar passaram a estar relacionados aos comportamentos apresentados por eles.

Sobre as dificuldades com o tratamento relatadas por 15,3% dos cuidadores, corroboram com os resultados encontrados na pesquisa de Campelo, Costa e Colvero (2014). Esses autores dis-

seram que a busca por serviços de saúde mental que atendam às necessidades da criança ou adolescente é complicada. Muitos são de difícil acesso, especialmente em momentos de crise. Alguns mencionaram experiências negativas deles e de seus filhos em relação à equipe de saúde.

Uma quantidade significativa de falas dos participantes apontou haver piora considerável na sua qualidade de vida, o que é comprovado na literatura existente. Segundo Valicenti et al. (2015), estar em contato com uma criança com transtorno na condição de cuidador pode causar um impacto significativo e emocional e gerar níveis altos de estresse, quando comparado com cuidadores de crianças com desenvolvimento típico.

Al-Farsi et al. (2016), Oien e Eisemann (2016) afirmam que cuidadores/pais de crianças com transtornos apresentam quadros elevados de ansiedade, estresse e depressão, proporcionalmente ao comprometimento intelectual, social e de comunicação da criança, podendo resultar no desenvolvimento de sintomas depressivos e de ansiedade. O mesmo pensamento se encontra nos estudos de Marron et al. (2013). Esses autores encontraram sintomas de ansiedade e depressão em cuidadores de indivíduos com deficiência mental, o que associam a alterações na rotina, diminuição na vida social e profissional, perdas financeiras, realização de tarefas excessivas e supervisão de comportamentos problemáticos do indivíduo cuidado (BARROS et al., 2017). No mesmo sentido, Misquiatti et al. (2015) afirmam que quando o cuidador assume esse papel, ele fica propenso a fatores desgastantes, tanto no nível físico como psicológico, o que pode envolver sentimentos como raiva, culpa, medo, confusão, cansaço, nervosismo e depressão.

Num estudo recente com o objetivo de avaliar a sobrecarga do cuidador informal de crianças com transtorno do espectro autista, concluiu-se que quanto maior a sobrecarga apresentada

pelo cuidador, pior a qualidade de vida dele. A presença de uma criança ou adolescente dependente de cuidados especiais pode alterar, de diversas maneiras a vida do cuidador, a estrutura da família e seu funcionamento (MOREIRA; LIMA; GUERRA, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo analisar a correlação entre o nível de dependência de crianças e adolescentes com transtornos mentais e o impacto na QV de seus cuidadores. Os resultados apresentados atenderam aos objetivos propostos, trazendo informações empíricas importantes, muitas delas corroborando achados nacionais e internacionais. Deles, o mais comum é a piora na QV dos pais após o nascimento da criança diagnosticada com transtorno, o que afeta em particular as relações sociais do cuidador, assim como suas atividades diárias. Essa dimensão afetada é proporcional à dependência da criança ou do adolescente, particularmente, os problemas de comunicação.

Algumas outras dificuldades foram mencionadas pelos cuidadores: cansaço, preconceito, desânimo, falta de tempo para realização de suas atividades por terem que priorizar os cuidados com a criança ou adolescente.

Espera-se que os resultados deste estudo possam ajudar a organizar melhores estratégias para o tratamento dessas crianças e adolescentes e dar mais atenção aos cuidadores e a seu contexto familiar. Não é possível que a questão da dependência desses meninos e meninas seja tratada apenas como uma responsabilidade das famílias. Os serviços de saúde e de assistência social precisam, cada vez mais, apoiar as mães, pais e responsáveis na

socialização desses pequenos seres, cidadãos de direito, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente.

REFERÊNCIAS

- AL-FARSI, O. et al. Stress, anxiety, and depression among parents of children with autism spectrum disorder in Oman: a case-control study. **Journal Neuropsychiatric Disease and Treatment**, v. 12, p. 1943-1951, 2016.
- ANJOS, C. et al. Percepção dos Cuidadores de Crianças com Transtorno do Espectro Autista sobre a Atuação da Fisioterapia. **Revist. Port.: Saúde e Sociedade**, v. 3, n. 2, p. 517-532, 2017.
- BANDEIRA, M. et al. Sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos: relação com assertividade: relação com assertividade. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 19, n. 3, p. 399-409, dez. 2014.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2006.
- BARROS, A. et al. Sobrecarga dos cuidadores de crianças e adolescentes com Síndrome de Down. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 11, p. 3625-3634, 2017.
- CAICEDO, C. Families with special needs children: family health, functioning, and care burden. **Journal of the American Psychiatric Nurses Association**, v. 20, n. 6, p. 398-407, 2014.

CAMPELO, L; COSTA, S; COLVERO, L. Difficulties of families in caring for children and adolescents with mental disorders: an integrative review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, p. 192-198,. 2014.

CANAL, C. et al. Dificuldades de mães e de pais no relacionamento com crianças com Transtorno do Espectro Autista. **Contextos Clínicos**, v. 11, n. 3, nov. 2018.

COSTA, L. **Escolarização de crianças com transtorno do espectro autista**: a concepção do educador numa perspectiva educativa. 2016. 44 f. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2016.

DALTRO, M. **Qualidade de vida de cuidadores de crianças e adolescentes com transtornos mentais**. 2015. 83 f. Dissertação (Mestrado)–Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paul, São Paulo, 2015.

DOMBI-BARBOSA, C. et al. Therapeutic interventions for children's and adolescents's families assisted in psychosocial care centres from São Paulo State. **Journal of Human Growth and Development**, v. 19, n. 2, p. 262-268, 2009.

DUARTE, L.; FERREIRA NETO, J. Familiares responsáveis pelo cuidado de pessoa com transtorno mental em um município de pequeno porte. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João Del-Rei, v. 2, n. 11, 2016.

GIALLO, R. et al. Wellbeing and parental self-efficacy in mothers of children with on Autism Spectrum Disorder. **Autism**, v. 17, n. 4, p. 465-480, 2013.

GONDIM, A; MACIEL, A; MONTEIRO, M. Abordagem terapêutica e sua relação entre as características sociais e econômicas de crianças nos centros de atenção psicossocial infantojuvenil. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 35, n. 4, p. 383-390,. 2017.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHO-QOL-bref”. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.

FRANCO, V. Tornar-se pai/mãe de uma criança com transtornos graves do desenvolvimento. **Educar em Revista**, Curitiba, n. 59, p. 35-48, 2016.

HOFFMANN, M.; SANTOS, D.; MOTA, E. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p. 633-642, 2008.

LINS, A; RODRIGUES, C; FERREIRA, Verônica. As Mulheres No Contexto De Cuidado Da Pessoa Com Transtorno Mental. **Cadernos de Estudos Sociais e Políticos**, v. 8, n. 15, 2019.

LOPES, C; FACUNDES, V; NÓBREGA, K. Perfil e desempenho funcional das crianças com transtornos invasivos do desenvolvimento, atendidas em um centro de atenção psicossocial infanto-juvenil da cidade de Recife. **Neurobiologia**, v. 73, p. 1-12, 2010.

MAIA, F. et al. Transtorno do espectro do autismo e idade dos genitores: estudo de caso-controle no brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 8, p. 22-24, 2018.

MARRON, E. et al. Burden on caregivers of children with cerebral palsy: predictors and related factors. **Universitas Psychologica**, v. 12, n. 3, p. 767-777, 2013.

MASUCHI, M; ROCHA, E. Cuidar de pessoas com deficiência: um estudo junto a cuidadores assistidos pela estratégia da saúde da família. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 23, n. 1, p. 89-97, 2012.

MINATEL, M; MATSUKURA, T. Famílias de crianças e adolescentes com autismo: cotidiano e realidade de cuidados em diferentes etapas do desenvolvimento. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 25, n. 2, p. 126-134, 2014.

MISQUIATTI, A. et al. Sobrecarga familiar e crianças com transtornos do espectro do autismo: perspectiva dos cuidadores. **Rev CEFAC**, v. 17, n. 1, p. 192-200, 2015.

MOREIRA, M; LIMA, A; GUERRA, M. Sobrecarga do cuidador informal de crianças com transtorno do espectro do autista. **Journal Health Npeps**, v. 5, n. 1, p. 38-51, 2020.

MUYLAERT, C; DELFINI, P; REIS, A. Relações de gênero entre familiares cuidadores de crianças e adolescentes de serviços de saúde mental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 41-58, mar. 2015.

NASCIMENTO, K. et al. O desafio familiar no cuidado às pessoas acometidas por transtorno mental. **Rev Enferm Ufpe On Line**, Recife, v. 3, n. 10, 2016.

NASCIMENTO, L. C.N. et al. Saturação teórica em pesquisa qualitativa: relato de experiência na entrevista com escolares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 1, 243-248, 2018.

OIEN, R; EISEMANN, R. Brief report: parent-reported problems related to communication, behavior and interests in children with autistic disorder and their impact on quality of life. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 46, p. 328-331, 2016.

SANTOS, D.; BANDEIRA, M. Estratégias de enfrentamentos e sobrecarga dos familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos: revisão de literatura.: revisão de literatura. **Psicologia em Pesquisa**, Juiz de Fora, v. 9, n. 1, p. 88-104, 2015.

VALICENTI, M. et al. Parental stress in families of children with autism and other developmental disabilities. **Journal of Child Neurology**, v. 30, n. 13, p. 1728-1735, 2015.

VICENTE, J. B.; HIGARASHI, I. H.; FURTADO, M. C. C. Transtorno mental na infância: configurações familiares e suas relações sociais. **Esc. Anna Nery**, v. 19, n. 1, p. 107-114, 2015.

ZAJICEK, F. et al. Parental Perceptions of Family Centered Care in Medical Homes of Children with Neurodevelopmental Disabilities. **Matern Child Health J.**, v. 19, n. 8, p. 1744-1755, 2015.

PARTE IV: SAÚDE MENTAL E TRABALHO

CAPÍTULO XXII

SAÚDE MENTAL DE PROFISSIONAIS ATUANTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

*Cibelle Ingrid Estevão de Melo
Milena Nunes Alves de Sousa*

INTRODUÇÃO

A elevada prevalência de transtornos mentais em profissões relacionadas à saúde possivelmente tem origem na exposição a altos níveis de estresse ocupacional. Este cenário pode repercutir no desempenho profissional e afetar a qualidade do cuidado ofertado à população (GONG et al., 2014).

Neste sentido, investigar os fatores que influenciam o bem-estar da equipe de saúde e como podem ser conduzidos tem sido objeto de muitos estudos. No entanto, a maioria destes foi desenvolvida em cenários hospitalares, sendo poucos os trabalhos feitos sobre os profissionais da Atenção Primária (APS).

No âmbito da APS, há a recomendação do Ministério da Saúde, desde 1994, de conversão do modelo assistencial tradicional para o modelo da Estratégia Saúde da Família. A Política Nacio-

nal de Atenção Básica no Brasil caracteriza esse nível de cuidados como um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, abrangendo promoção e proteção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. O objetivo é desenvolver uma atenção integral que impacte a situação de saúde, preserve a autonomia das pessoas e atue nos fatores sociais que interferem seja na produção de doenças como na qualidade de vida da coletividade. Essa legislação tem o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhida no SUS (BRASIL, 2017; PEREIRA; ANDRADE, 2018).

O ambiente de cuidados primários, no entanto, tem peculiaridades capazes de repercutir negativamente na saúde mental e física da equipe de saúde (BRANDÃO et al., 2019). Em pesquisa sobre Síndrome de Burnout (SB) médicos das equipes de medicina de família e comunidade de Patos (Paraíba) indicaram que algumas das dimensões de sua vida estão afetadas, como é o caso da realização profissional (RIBEIRO et al., 2020).

Assim sendo, no atual contexto de expansão da APS no país, é preciso conhecer o estado de saúde mental dos trabalhadores, particularmente os fatores estressores, de forma a para garantir cuidados a quem cuida. Portanto, esta revisão tem como objetivo identificar as evidências disponíveis na literatura sobre a saúde mental de profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo que utilizou o método de revisão integrativa da literatura. Foram percorridas suas seis etapas: 1) Identificação do tema e seleção da hipótese ou da questão norteadora de pesquisa; 2) Estabelecimento de critérios de inclu-

são e exclusão dos estudos, amostragem e busca na literatura; 3) Coleta de dados e categorização dos trabalhos; 4) Análise crítica dos estudos incluídos; 5) Discussão dos resultados e 6) Síntese e apresentação da revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVAO, 2008).

Para esta pesquisa, adotou-se a seguinte questão norteadora: quais as evidências disponíveis na literatura sobre a saúde mental dos profissionais que atuam na atenção primária à saúde? O levantamento bibliográfico percorreu a literatura do período de 2009 a 2019, nas bases de dados indexadas *National Library of Medicine of USA* (PUBMED), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO). Para o levantamento dos dados foram utilizados os Descritores Controlados em Ciências da Saúde (DECS) “saúde mental”, “pessoal de saúde” e “atenção primária à saúde”, nos idiomas inglês e português.

Constituíram critérios de inclusão, artigos originais provenientes de estudos cujo objetivo fosse avaliar a saúde mental em profissionais da atenção primária à saúde, publicados no período de 2009 a 2019, com resumos disponíveis e que pudessem ser acessados na íntegra online nos idiomas inglês, português ou espanhol. Foram excluídos artigos em duplicatas ou que, após leitura completa, não apresentavam relação com a questão norteadora.

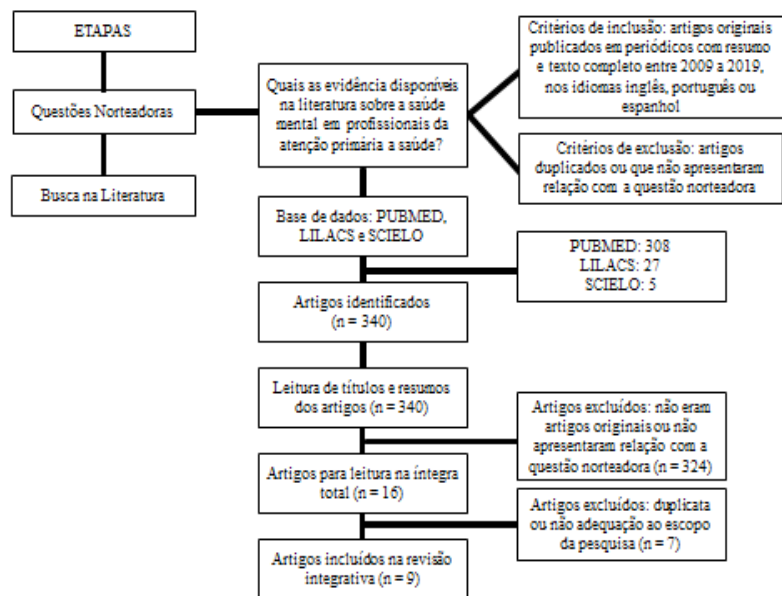
Na busca inicial nas bases de dados conforme os descritores estabelecidos foram identificados 340 artigos: 27 na LILACS, 5 na SCIELO e 308 na PUBMED. Seguiu-se, então, com a leitura dos títulos e resumos para a pré-seleção a partir dos critérios de inclusão estabelecidos. Esse trabalho levou à seleção de 16 estudos: três na LILACS, dois na SCIELO e 11 na PUBMED. Desses, após leitura na íntegra e ao empregar os critérios de exclusão, uma duplicata do PUBMED foi excluída e seis de outras fontes foram excluídos. Desta forma, fez-se a revisão integrativa de nove artigos.

Após a seleção dos textos, utilizou-se um instrumento de coleta de dados para sintetizar cada estudo selecionado: título, autores, tipo de estudo, base de dados indexada, período e ano, o que resultou na construção de um quadro sinóptico (quadro 01).

Procedeu-se à análise dos artigos a fim de caracterizá-los, seguida de análise crítica e discussão dos resultados encontrados, permitindo a elaboração das considerações sobre o tema. Por ser uma pesquisa de dados secundários por meio de bases de domínio público, dispensou-se a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

A Figura 1 ilustra o processo de captação dos artigos nas bases de dados PUBMED, LILACS e SCIELO; o número de artigos selecionados de acordo com os critérios de inclusão e excluídos de acordo com os critérios de exclusão.

FIGURA 1: FLUXOGRAMA DE CAPTAÇÃO DOS ARTIGOS



Fonte: Autoria Própria, 2019.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os artigos selecionados mediante critérios pré-estabelecidos foram agrupados no quadro 1 para melhor visualização.

QUADRO 2 PANORAMA GERAL DOS ARTIGOS SELECIONADOS QUE ABORDAVAM A SAÚDE MENTAL EM PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, NO PERÍODO 2009 A 2019

Autores (ano)	Título do artigo	Periódico	Indexação	Tipo de estudo
Dilégio et al. (2012)	Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil	Cadernos de Saúde Pública	LILACS	Estudo transversal
Reisdorfer et al. (2016)	Uso problemático de álcool e de tabaco por profissionais de saúde	SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.	LILACS	Estudo transversal
Mattos; Araújo; Almeida (2017)	Interação entre demanda-controle e apoio social na ocorrência de transtornos mentais comuns	Rev. saúde pública	LILACS	Estudo transversal
Lucchese et al. (2019)	Modelo de cuidado aos trabalhadores da Atenção Básica: Pesquisa Convergente-Assistencial	Revista Brasileira de Enfermagem	SCIELO	Pesquisa Convergente-Assistencial (qualitativa)
Moura et al. (2018)	Fatores associados à ansiedade entre profissionais da atenção básica	Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental	SCIELO	Pesquisa de campo, exploratória, descritiva e quantitativa
Silva et al. (2015)	Violência no trabalho e sintomas depressivos em equipes de atenção primária: um estudo transversal no Brasil.	Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.	PUBMED	Estudo transversal
Silva et al. (2016)	Depressão relacionada ao trabalho em equipes de atenção primária no Brasil.	Am J Public Health	PUBMED	Estudo transversal
Bijari; Abassi (2016)	Prevalência de Síndrome de Burnout e fatores associados entre trabalhadores rurais de saúde em Khorasan do Sul.	Iran Red Crescent Med J	PUBMED	Estudo transversal
Trifunovic; Atic; Dzuburkulenovic (2017)	Identificação das causas de estresse ocupacional para provedores de saúde de diferentes níveis de atenção à saúde.	Medical Archives	PUBMED	Estudo transversal

Dos nove artigos selecionados, três estavam indexados na base LILACS, dois na SCIELO e quatro no PUBMED. Em relação ao ano de publicação, observa-se que o primeiro foi publicado em 2012, um em 2015, três em 2016, dois em 2017, um em 2018 e um em 2019. Os artigos trazem abordagens variadas, tendo destaque, os estudos de cunho transversal.

Dilélio et al. (2012) avaliaram a prevalência de transtornos psiquiátricos menores (depressão, ansiedade, insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas) nos profissionais de atenção básica, por meio da aplicação da versão brasileira validada do *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20). A prevalência foi de 16%, sendo maior para agentes de saúde e outros trabalhadores de nível médio. A ocorrência diminuiu significativamente com o aumento da idade e entre médicos e profissionais de enfermagem. Foi significativamente maior entre os sedentários e com algum problema de saúde. Foi maior entre os profissionais que trabalhavam há mais de cinco anos. A satisfação com a estrutura, com o atendimento domiciliar, com o trabalho em equipe e com as reuniões com a comunidade mostrou-se associada significativamente a menor prevalência de agravos.

Reisdorfer et al. (2016) descreveram a prevalência e as características do uso abusivo de álcool e tabaco entre profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família, ao aplicar *Alcohol Use Disorders Identification Test*. As perguntas foram: “*Você fuma atualmente?*” e “*Algum médico ou profissional de saúde já disse que você tem transtorno mental ou de comportamento?*”, e o SRQ 20. Do conjunto pesquisado, 6,2% faziam uso de álcool em nível problemático, 8,5% de tabaco, 3,1% relataram diagnóstico médico de transtorno mental e do comportamento no último ano e 17,8% foram classificados como tendo transtorno mental comum (TMC). O uso problemático de álcool foi maior em profissionais de saúde que possuíam outro emprego, usavam tabaco e com diagnóstico médico de transtorno

mental e de comportamento. Este achado confirma os dados da literatura, que mostram forte associação entre consumo de álcool e problemas mentais. (RAHMAN et al., 2015)

Os profissionais de saúde com cor de pele branca, enfermeiro, sem outro emprego, uso problemático de álcool e transtorno mental comum ou diagnóstico médico de transtorno mental e do comportamento predominaram em relação ao consumo de tabaco. Tal uso tem sido considerado um mecanismo de enfrentamento, utilizado pelos profissionais diante de situações estressantes (REISDORFER et al., 2012). O estudo concluiu ser essencial que os serviços de saúde estruturarem políticas e ações específicas voltadas para esses profissionais, seja a favor deles e da qualidade dos serviços prestados à população.

Mattos, Araújo e Almeida (2017) analisaram a interação entre aspectos psicossociais do trabalho e a ocorrência de TMC entre trabalhadores de saúde. Foi aplicado o SRQ-20 e o *Job Content Questionnaire*. A prevalência de TMC foi de 21%, sendo 17% não expostos a nenhum fator e 28% expostos. Profissionais com alta exigência sobre seu próprio desempenho e dos serviços possuíam maior prevalência. Igualmente os que referiram baixo apoio social no trabalho. A maioria referiu estar exposta a elevadas demandas psicológicas e baixo controle sobre o trabalho. Esses dados corroboram outros estudos (BINDER; BRAGA; CARVALHO, 2010). Os profissionais mencionam como causadores de estresse: o crescente número de contratos temporários, a insegurança no emprego, a avaliação de desempenho baseada em produtividade e a dificuldade de equilíbrio entre vida privada e trabalho. A esses fatores somam-se as precárias condições de vida e de saúde das populações atendidas, o que aumenta a pressão sobre os trabalhadores e conduz à maior ocorrência de adoecimento. Os resultados fortalecem a hipótese de interação entre os aspectos psicossociais do trabalho e a ocorrência de TMC entre os trabalhadores da saúde.

É importante que os gestores levem em conta esses fatores promovendo melhor organização e distribuição do trabalho e apoio social.

Lucchese et al. (2019) verificaram a aplicação do Grupo Operativo (GO) como ferramenta de cuidado e assistência à saúde mental aos trabalhadores da Atenção Básica à Saúde. Foi aplicado o SRQ-20 e observaram que a prevalência de TMC foi mais elevada que a relatada por estudos sobre a população geral. A insatisfação e a ausência de reconhecimento foram dois problemas mencionados como mobilizadores de sentimentos de sofrimento. A insatisfação ocorre pela dificuldade de convivência em equipe, pelas grandes demandas de fazeres, pela baixa remuneração, pela ausência de reconhecimento profissional, pela precariedade de materiais e meios de trabalho, por padrões de serviço estabelecidos fora da realidade, por falta de estímulos, pela ausência de interação com outros serviços, por desinteresse dos problemas por parte de colegas, pela má administração (DALRI et al., 2014).

Aspectos da gestão também foram abordados, como a existência de cargos comissionados e de gestores não qualificados. Outra dimensão muito citada foi a dificuldade de separar o pessoal do profissional, porque os profissionais lidam com emoções e vivências muito complexas de indivíduos adoecidos e frágeis. Embora a média de tempo de atuação tenha sido alta, o estudo mostra manifestação de maior ansiedade por parte de alguns profissionais recém-formados, com sentimentos de incapacidade pela pouca experiência. Todos esses aspectos somados têm grande potencial para gerar sofrimento e desenvolvimento de transtornos mentais e comportamentais, cujos maiores indicadores são o absenteísmo (TEIXEIRA; SILVA, 2014) e a redução da capacidade de exercer as atividades diárias (SANTANA et al., 2016). Neste estudo, a aplicação do Grupo Operativo (GO) como proposta de acolhimento do sofrimento mental proporcionou um espaço

importante de escuta sobre as adversidades do trabalho, de reflexão e enfrentamento dos medos básicos, e de desenvolvimento de um projeto pró-mudança e aprendizagem ativa da realidade.

Moura et al. (2018) avaliaram a presença de ansiedade entre profissionais da Estratégia de Saúde da Família e dos fatores associados por meio de questionário semiestruturado e do Inventário de Ansiedade de Beck. O perfil dos profissionais assim se caracterizou: sexo feminino (94%), casados (54%) e idade média de 39 anos. A ansiedade estava presente em 30% dos profissionais: 20% em grau leve, 2% moderado e 8% grave. Cinco participantes (10%) apresentavam sintomas clínicos significativos. Os fatores associados com a ansiedade eram dificuldade para dormir e pressão do trabalho. Várias pessoas faziam tratamento para ansiedade nos últimos 12 meses. No mesmo estudo, 24% apresentavam dificuldade para dormir e 2% declararam fazer o uso de medicações para melhorar a qualidade do sono. Dentre os que já haviam buscado tratamento para ansiedade, destacavam-se os ACS (58%), pessoal de enfermagem (28%) e auxiliares administrativos (14%). Os tratamentos eram medicamentosos (42%), seguidos de psicológicos (29%) e de apoio espiritual (29%). Algumas medidas realizadas como forma de aliviar a ansiedade foram ouvir música (34%) e prática de caminhada (26%). Esses resultados contribuem evidenciar a necessidade de se desenvolverem estratégias de prevenção, diagnóstico e tratamento do transtorno da ansiedade para melhorar a saúde mental dos trabalhadores da APS.

Bijari e Abassi (2016) determinaram a prevalência de *burnout* e fatores associados entre trabalhadores rurais de saúde da Birjand University of Medical Sciences. Foram aplicados os *Maslach Burnout Inventory*, *GHQ-12 questionnaire* e questionário demográfico. A idade média dos profissionais era de 39 anos e 36,8% tinham algum transtorno mental: 40,2% das mulheres e 32,2% dos homens. Apresentavam níveis de moderados a severos de *burnout*: 31,4%

tinham escores altos de exaustão emocional, 16,8% de despersonalização e 47% escores baixos na escala de realização pessoal. A prevalência de transtornos mentais foi 24,5% nos participantes com burnout leve ou sem burnout contra 60,4% nos participantes com burnout moderado ou severo. Idade, nível de educação, número de filhos e anos de função foram encontrados com associação significativa: burnout foi maior no grupo dos 40 a 50 anos, naqueles com um diploma de educação, mais de três filhos e mais de 15 anos de função. Baseado nisso, ensinar estratégias para lidar com o estresse, prover consultas e serviços de psicologia, criar ambientes de apoio e melhorar a interação com os gestores de saúde podem ajudá-los a superar a pressão relacionada ao trabalho (BIJARI; ABASSI, 2016).

Trifunovic, Jatic e Kulenovic (2017) identificaram e compararam estressores do ambiente de trabalho dos profissionais da atenção de saúde primária e da atenção de saúde secundária. Foi aplicado um questionário sobre estresse e organização do trabalho: finanças e comunicação afetaram a saúde mental mais fortemente. Houve diferença significativa entre a atenção primária e a secundária quanto a estressores relacionados à organização do trabalho, à comunicação e aos riscos emocionais e físicos. Médicos da atenção primária da saúde relataram uma maior experiência de estresse e impacto na saúde mental comparados com os de atenção secundária.

Silva et al. (2015) examinaram associações entre violência no trabalho e sintomas de depressão e depressão maior nas equipes de atenção primária. Foi aplicado o *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) e investigada a exposição à violência no trabalho nos últimos 12 meses. A maioria era de agentes comunitários (60,2%), seguidos por técnicos de enfermagem (22%), enfermeiros (10,4%) e médicos (7,4%). A idade média foi de 36,7 anos e a maioria eram mulheres (90,5%). Ainda, 10% dos participantes haviam vivencia-

do três ou mais eventos de vida estressantes nos últimos 12 meses. Desses, 36,3% apresentaram sintomas depressivos intermediários e 16%, provável depressão maior, ambos fortemente associados à exposição à violência no trabalho. Os autores observaram que quanto mais frequente é a exposição, maior a associação. E os principais problemas são: insultos (44,9%), ameaças (24,8%), agressão física (2,3%) e testemunho de violência (29,5%). Destacam também que quase 30% dos profissionais relataram exposição a dois ou mais tipos de violência no trabalho sendo os agentes comunitários de saúde os que mais sofreram e testemunharam, enquanto médicos e enfermeiros foram mais ameaçados. O estudo concluiu que profissionais da atenção primária apresentando sintomas depressivos e que sofrem violência no trabalho devem ser assistidos. Gestores políticos devem priorizar estratégias para prevenir esses problemas, visto que eles podem ameaçar a sustentabilidade da atenção primária.

Silva et al. (2016) identificaram fatores relacionados ao trabalho associados com sintomas depressivos e provável depressão maior em equipes de atenção primária. Foram aplicados o PHQ-9 e o *Karasek and Theorell Job Content Questionnaire*. A média de idade dos profissionais foi 36,7 anos, e a amostra, composta predominantemente por mulheres e agentes comunitários. A maioria dos participantes (61,2%) relatou ter experimentado pelo menos um evento de vida estressante nos últimos 12 meses. A prevalência de sintomas depressivos foi de 36,3% e a de provável depressão maior, de 16%. Os autores observaram, como Silva et al. (2015), que os agentes comunitários de saúde são os mais propensos a ter sintomas depressivos e com prevalência mais alta de provável depressão maior (18%). Quase 60% da amostra apresentou baixo apoio social de colegas e supervisores, além do mais 20% cumpriam função de alta tensão, ou seja, de elevada demanda e baixo controle. Sintomas depressivos ou provável depressão

maior foram associados com duração mais longa de trabalho na atenção primária; trabalho de alta tensão; ausência de *feedback* do supervisor; e baixo apoio dos colegas supervisores. A maioria dos profissionais estudados trabalhava na atenção primária por dois anos ou mais (70,5%), tinha recebido retorno de seus supervisores (59,6%) e atuado em áreas carentes (65,5%). Quanto às implicações para a saúde pública, o estudo afirma que estratégias são necessárias para cuidar dos trabalhadores da atenção primária, levando em conta a contribuição dos vários estudos já feitos.

Algumas limitações do estudo merecem ser citadas, como a não utilização de um instrumento para análise da qualidade dos artigos e a não inclusão de outros idiomas além de português, inglês e espanhol. Outra limitação foi realização da busca e análise dos artigos por um único pesquisador.

CONCLUSÃO

Esta revisão integrativa evidenciou que os profissionais de saúde experimentam associação considerável com sintomas relacionados a sofrimento mental ou, até mesmo, transtornos de saúde mental. Neste sentido, espera-se que o aqui apresentado seja considerado para a criação de práticas preventivas, apoio e desenvolvimento de intervenções na área de trabalho da atenção primária à saúde.

REFERÊNCIAS

BIJARI, B.; ABASSI, A. Prevalence of Burnout Syndrome and associated factors among rural health workers (Behvarzes) in

South Khorasan. **Iranian Red Crescent Medical Journal**, v. 18, n. 10, p. e25390, 2016.

BRAGA, L.C.; CARVALHO L.R.; BINDER M.C.P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Cienc Saude Coletiva**. V. 15, n. Supl 1, p. 1585-96, 2010.

BRANDÃO, L. G. V. A. et al. O sentido do trabalho na Atenção Primária à Saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n. 8, p. 1-8, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica. Portaria Nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica; Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

DALRI, R.C.M. et al. Carga horária de trabalho dos enfermeiros e sua relação com as reações fisiológicas do estresse. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 22, n. 6, p. 959-965, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n6/pt_0104-1169rlae-22-06-00959.pdf. Acesso em: 10 jul. 2020.

DILELIO, A. S. et al. Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 503-514, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SO102-311X2012000300011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jul. 2020.

GONG, Y. et al. Prevalence of anxiety and depressive symptoms and related risk factors among physicians in China: a cross-sectional study, **PLoS One**, v. 9, n. 7, p.e103242, 2014.

LUCCHESI, R. et al. Modelo de cuidado aos trabalhadores da Atenção Básica: Pesquisa Convergente-Assistencial. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, supl. 1, p. 80-87, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000700080&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 02 fev. 2020.

MATTOS, A. I. S.; ARAUJO, T. M.; ALMEIDA, M. M. G. Interação entre demanda-controle e apoio social na ocorrência de transtornos mentais comuns. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 48, p. 1-9, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006446.pdf. Acesso em: 02 fev. 2020.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MOURA, Adaene et al. Fatores associados à ansiedade entre profissionais da atenção básica. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, v. 19, p. 17-26, jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602018000100003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 02 fev. 2020.

PEREIRA, A. A.; ANDRADE, D. C. L. Estratégia Educacional em Saúde Mental para Médicos da Atenção Básica. **Rev. bras. educ. med.**, v. 41, n. 4, p.478-486, 2017.

RAHMAN, M. et al. Do Tobacco Smoking and Illicit Drug/Alcohol Dependence Increase the Risk of Mental Disorders

Among Men? Evidence from a National Urban Bangladeshi Sample. **Perspect Psychiatr Care**, v. 51, n. 1, p. 16-27, 2015.

REISDORFER, E. et al. Prevalence and associated factors with alcohol use disorders among adults: a population-based study in southern Brazil. **Rev Bras Epidemiol.**; v. 15, n. 3, p. 582-94, 2012.

REISDORFER, E. et al. Uso problemático de álcool e de tabaco por profissionais de saúde. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, v. 12, n. 4, p. 214-221, dez. 2016.

RIBEIRO, R. do C. et al. Síndrome de burnout em médicos das equipes de medicina de família e comunidade de Patos, Paraíba. **Rev Med Minas Gerais**, v. 30, p. e-30103, 2020. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/2665>. Acesso em: 11 jul. 2020.

SANTANA, L.L. et al. Health indicators of workers of the hospital area. **Rev Bras Enferm.**, v. 69, n. 1, p. 30-9, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/en_0034-7167-reben-69-01-0030.pdf. Acesso em: 02 fev. 2020.

SILVA, A. T. et al. Violence at work and depressive symptoms in primary health care teams: a cross-sectional study in Brazil. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.**, v. 50, n. 9, p.1347-55, 2015.

SILVA, A. T. et al. Work-Related Depression in Primary Care Teams in Brazil. **American Journal of Public Health.**, v. 106, n. 11, p. 1990-1997, 2016.

TEIXEIRA, L.P.; SILVA, T.A.S.M. Occupational diseases in nursing—When the work is sick. **Rev Pró-UniversUS**, v. 5, n. 2, p.

19-24, 2014 Disponível em: <http://editorauss.us.br/index.php/RPU/article/view/516/345>. Acesso em: 02 fev. 2020.

TRIFUNOVIC, N.; JATIC, Z.; DZUBURKULENOVIC, A. Identification of causes of the occupational stress for health providers at different levels of health care. **Medical Archives**, v. 71, n. 3, p. 169-172, 2017.

PARTE V: ENCERRANDO NOSSAS FALAS

CAPÍTULO XXIII

COORDENAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

*Milena Nunes Alves de Sousa
José Élder Holanda de Almeida
Wellington Bruno Araújo Duarte
Tarciana Sampaio Costa*

INTRODUÇÃO

O Brasil vem caminhando para a regionalização e a conformação de redes de atenção à saúde (CHUEIRIA; HARTZHEIMA; TAKEDA, 2017). As Redes de Atenção à Saúde (RAS) foram criadas pelo Ministério da Saúde do Brasil mediante Portaria nº 4.279 de 2010 e pelo Decreto nº 7.508 de 2011 (BRASIL, 2011; OLIVEIRA et al., 2019).

As RAS são um dos modelos organizacionais dos Sistemas de Atenção à Saúde e uma aposta do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, sendo conceituadas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde e de diferentes densidades tecnológicas que,

integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integridade do cuidado (BRASIL, 2010).

Diferentes conceitos coincidem em elementos comuns das redes: relações relativamente estáveis, autonomia, inexistência de hierarquia, compartilhamento de objetivos comuns, cooperação, confiança, interdependência e intercâmbio constante e duradouro de recursos, uma vez que “são novas formas de organização social, do Estado ou da sociedade, intensivas em tecnologias de informação e baseadas na cooperação entre unidades dotadas de autonomia” (CASTELLS, 2000 apud MENDES, 2011, p. 80).

O modelo de RAS começou a ser empregado na década de 1990 e propôs substituir o que vigorava de forma hegemônica e centralizada, por unidades dotadas de autonomia e mecanismos de cooperação para atingir o objetivo comum. As redes foram elaboradas para administrar políticas e projetos, já que os recursos são escassos e o número de problemas encontrados é grande. Com a sistematização das RAS, o serviço é compartilhado entre as diferentes unidades, a participação popular é maior, o interesse comum é atingido mais facilmente e ambas as partes, usuários e gestores, saem ganhando (MENDES, 2011).

As RAS visam superar a fragmentação da atenção à saúde, prover de forma eficiente e eficaz a gestão dos serviços, e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional dos sistemas de saúde de cobertura universal (LAPÃO et al., 2017). Apesar dos esforços feitos para implantar as redes, “questões relacionadas à coordenação dos cuidados em saúde, à fragmentação da rede assistencial e à ausência de comunicação entre os níveis são temas recorrentes nas discussões sobre a organização do sistema de saúde” (ALMEIDA et al., 2020 apud OLIVEIRA et al., 2019, p. 2).

A estrutura operativa das RAS congrega quatro elementos básicos: 1) Modelo de governança, que deve alinhar as ações no

nível primário de atenção à saúde com outros pontos do sistema; 2) Sistemas de apoio disponíveis para diagnóstico e tratamento, além de assistência farmacêutica e de sistemas de informação em saúde (SIS); 3) Sistemas logísticos, que devem promover o cartão de identificação dos usuários por meio do Cadastro Nacional de Saúde (cartão do SUS), o prontuário clínico (hoje já se tem acesso ao prontuário eletrônico), o sistema regulado de acesso aos cuidados e aos sistemas de transportes em saúde; e 4) Centro de comunicação capaz de coordenar os fluxos e contra fluxos (referência e contra referência) do sistema de atenção, começando pelo nível da APS (MENDES, 2011).

Segundo Santos, a integração de serviços numa região a partir das RAS:

É necessária para garantir a integralidade da saúde mediante o processo de referência de serviços, cabendo ao ente federativo de maior porte responder, na região, por serviços de maior complexidade que exigem escala e outras complexidades administrativas e tecnológicas, os quais poderão ser acessados por munícipes de outros municípios. Assim, o cidadão de um município pequeno, ao precisar de um serviço de maior complexidade, recorrerá aos serviços de outro, de maior porte, dentro da região de saúde; outro aspecto relevante é o fato de os municípios não serem obrigados a financiar serviços para munícipes que não são seus, em nome do interesse local constitucional; isso obriga os estados e a União a cofinanciarem as ações e os serviços de saúde (SANTOS, 2017, p. 1283).

Esta complexidade de estratégias em rede traz muitas vantagens para os usuários do sistema. De acordo com Chueiria, Harzheim e Takeda (2017), as RAS corroboram com a resolutividade de desafios epidemiológicos contemporâneos e estruturais do SUS.

Segundo Podolny e Page (1998 apud MENDES, 2011), os principais benefícios das RAS são: a capacidade de aprendizagem; funcionamento como canais de difusão e utilização das informações para produzir novos conhecimentos; legitimação, status e criação de vínculos diversificados entre atores e organizações permitindo reduzir incertezas nas políticas e nos programas; e benefícios econômicos na medida em que relações de intercâmbio possibilitam ganhos de escala, com redução de custos e melhoria da qualidade.

Diante dos aspectos elucidados, propõe-se discorrer brevemente sobre as redes de atenção à saúde e apresentar um fluxo de atendimento de acesso rápido e de qualidade, na coordenação do cuidado em saúde mental na atenção básica.

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E ATENÇÃO BÁSICA

Para a implementação das RAS são necessários: uma população ou território definida; amplo conhecimento de suas necessidades, dificuldades e saberes; oferta dos serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2010). “Existe um consenso de que o acesso ao cuidado em saúde possa ser ampliado mediante a expansão das ações realizadas pela Atenção Primária à Saúde (APS)” (MAFFISSONI et al., 2018, p. 2).

Portanto, sabe-se que principal porta de entrada e de comunicação entre os diversos pontos da RAS deve ser a Atenção Básica (AB) ou APS (BRASIL, 2011). O debate sobre a efetivação das RAS reitera a relevância da AB na assistência à saúde ofertada pelo SUS (MAFFISSONI et al., 2018).

Logo, “ao pensar a estrutura ou musculatura de uma RAS coordenada pela APS, pressupõe-se que [se trata] de um processo

complexo, com forças que se estabelecem no intra e interserviços de saúde, cujo vetor resultante poderá se aproximar ou se distanciar da proposta” (LAPÃO et al., 2017, p. 714).

Importante mencionar que a AB é constituída por equipes multidisciplinares, responsáveis pelo atendimento de forma resolutive da população da área adscrita e pela construção de vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitárias efetivas (BRASIL, 2011). Conforme o autor citado, o foco da APS é a família. Com a implementação das RAS, esse foco é maximizado, tendo em vista a família e a comunidade, levando-se em conta as particularidades culturais, de gênero, e toda a gama de aspectos de uma população específica. Vale salientar a relevância de uma Atenção Primária de qualidade, pois é nela que os casos são enumerados e monitorados para o futuro tratamento. É nela que os indivíduos chegam com maior frequência, por ser o setor de saúde de maior ligação com a população.

De acordo com Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2011), a organização em redes, tendo a APS como eixo de orientação, tem produzido resultados significativos e são apontados como mais eficazes, tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, e outros), quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário. Comungam dessas assertivas outros estudiosos (MENDES, 2011; ALMEIDA et al., 2015; CHUEIRIA; HARZHEIMA; TAKEDA, 2017; LAPÃO et al., 2017; MAFFISSONI et al., 2018; OLIVEIRA et al., 2019).

Pesquisa intitulada “Redes de atenção à saúde: tendências da produção de conhecimento no Brasil” identificou, a partir da inclusão de 190 teses e dissertações da área da saúde no país, desenvolvidas entre 2013 e 2016, que a APS é amplamente apontada

como “ordenadora da rede”. Os autores chamam atenção para a “formação dos profissionais” nesse nível, como fundamental para a coordenação dos cuidados (PEITER et al., 2019).

Por se tratar de arranjos organizativos de distintas densidades tecnológicas, as RAS, em parceria com a APS, podem se articular nos seguintes cenários: escolas, centros comunitários, associações de moradores, dentre outros. Assim, buscam a concordância dos diversos setores que formam os serviços de saúde, bem como seus profissionais e, sobretudo, os moradores da região, ou seja, todos os atores sociais envolvidos.

Para Mendes (2011, p. 84) os conteúdos básicos das RAS são:

Missão e objetivos comuns; operam de forma cooperativa e interdependente; intercambiam constantemente seus recursos; são estabelecidas sem hierarquia entre os pontos de atenção à saúde organizando-se de forma poliárquica; implicam em um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; convocam uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; funcionam sob coordenação da APS; prestam atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis; focam-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde; têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população; e geram valor para a sua população.

Conforme Mendes (2011), uma das mudanças marcantes no regime de RAS é sua estrutura, antes hierarquizada que hoje passa a ter um regime poliárquico e se organiza de forma horizontal e essa horizontalização vai desde os postos de saúde até os sistemas de apoio. Para o autor, as RAS assumem uma responsabilidade

sanitária e, sobretudo, econômica, pois visa a cortar gastos; aumentar a eficiência dos serviços; e gerar valor para a população alvo, do ponto de vista econômico, social e humanístico.

Embora sejam inegáveis e de grande importância os avanços alcançados pelo SUS nos últimos anos, o sistema ainda procura unir os serviços que ainda estão fragmentados, com o intuito de aproximá-los e de qualificar a gestão do cuidado. O modelo puramente curativo, que antes vigorava, tornou-se obsoleto devido aos grandes avanços nas áreas de serviços e a todos os conhecimentos adquiridos sobre o processo saúde-doença. Os inúmeros desafios sanitários e epidemiológicos mostram que, cada vez mais, o sistema precisa ser ágil e dinâmico (MENDES, 2011).

O território brasileiro, marcado por diferentes contextos socioculturais, precisa ser observado cautelosamente e feito um plano de ação específico para cada região e microrregião. Gerir os serviços de forma específica e tentando agrupá-los num bloco maior é um dos desafios pelos quais o SUS passa diariamente.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015) afirma que as RAS possuem seis modalidades de integração: um conjunto amplo de intervenções preventivas e curativas para uma população; os espaços de integração de vários serviços; a atenção à saúde contínua, ao longo do tempo; a integração vertical de diferentes níveis de atenção; a vinculação entre a formulação da política de saúde e a gestão; e o trabalho intersetorial. A partir dessas modalidades produz uma conceituação de serviços integrados de saúde.

O que se pode entender é que as RAS não funcionam isoladamente, são dependentes de diversos setores. Seu conceito já é de união e conjunto, ou seja, de ações que visem amparar de todas as formas a população que está sendo contemplada, e esses serviços não ocorrem de forma isolada, mas de modo contínuo ao longo do tempo.

Brasil (2010) explicita os atributos de uma RAS:

- ▶ População e territórios definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências que determinam a oferta de serviços de saúde;
- ▶ Extensa gama de estabelecimentos de saúde que presta serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos e integra os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas, os serviços de saúde individuais e os coletivos;
- ▶ APS estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde;
- ▶ Prestação de serviços especializados em lugar adequado; existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o contínuo de atenção; atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, tendo em conta as particularidades culturais, gênero, assim como a diversidade da população;
- ▶ Sistema de governança único para toda a rede com o propósito de criar uma missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde; definir objetivos e metas que devam ser cumpridas no curto, médio e longo prazo;
- ▶ Sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com identificação de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes.

Assim sendo, reafirma-se com base nos atributos anteriormente citados, que as RAS são “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que

integradas por meio de sistemas técnicos, logísticos e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010, p. 7).

Como mencionado, os objetivos fundamentais da RAS são, essencialmente, melhorar a qualidade da atenção, prestando um serviço de qualidade, melhorar a qualidade de vida dos usuários do sistema, a fim de torná-los aptos para melhor se adequar à realidade e aos problemas que venham a enfrentar, a eficiência na utilização dos recursos e a minimização de custos.

A população de responsabilidade da RAS vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos sociosanitários. Assim, a população de total de responsabilidade de uma RAS deve ser totalmente conhecida e registrada em sistemas de informação potentes. Mas não basta o conhecimento da população: ela deve ser segmentada, subdividida em subpopulações por fatores de risco e estratificada em relação às condições de saúde (MENDES, 2011). Para o autor, as RAS devem se configurar como desenhos institucionais que combinem elementos de concentração e de dispersão dos diferentes pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio. Contudo, esses fatores precisam estar em equilíbrio com o critério de acesso aos serviços.

Em suma, o SUS traça constantemente metas para praticar os princípios e as normas para efetivar o melhor atendimento à população. Com a proximidade que a APS proporciona, gestores podem ter um bom diagnóstico, traçar metas e definir o melhor percurso a ser seguido. A população ou o território, previamente definido, deve ser minuciosamente observado para que o plano de assistência seja efetivo e possa, de fato, mudar a realidade adversa. Como afirma Magalhães Júnior (2014), é por intermédio das RAS que trilhamos rumo à integralidade.

CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: O PAPEL DAS REDES PARA A CONTINUIDADE DO ATENDIMENTO EM SAÚDE

Já foi detalhado, nas páginas anteriores, que a formação das RAS se configura como “uma forma de organização de sistemas de saúde eficaz para responder a alguns dos atuais desafios epidemiológicos e estruturais destes sistemas” (CHUEIRIA; HARZHEIMA; TAKEDA, 2017, p. 1). Afinal, uma boa coordenação deve garantir a continuidade da atenção à saúde, mediante o trabalho das equipes de saúde em interação com os usuários, tendo como base o reconhecimento dos problemas e agravos que demandam articulação dos fluxos e contrafluxos nas RAS (VAZ et al., 2018).

“Na medida em que o espaço institucional historicamente ligado a situações de crise é substituído por um conjunto de serviços em redes, esta forma de atenção é diluída em diferentes espaços, em pluralidade de intervenções” (DIAS; FERIGATO; FERNANDES, 2020, p. 600). É nesse sentido que as RAS ganham conformação de uma ferramenta estratégica imprescindível e responsável pela coordenação dos cuidados em saúde mental.

As abordagens em saúde mental exigem corresponsabilização entre serviços especializados, enfermarias de saúde mental em hospital geral, atenção básica, rede de urgência/emergência e rede intersetorial (DIAS; FERIGATO; FERNANDES, 2020). É nesse contexto que emerge a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

É fato que, desde a sua institucionalização, a RAPS vem passando por avanços e retrocessos. Alguns dos desafios que se impõem à referida rede temática podem ser assim enunciados: atenção à crise, principalmente pela escassez de dispositivos substitutivos que atendam 24 horas por dia; aproximação entre Atenção Básica (AB) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); formação de laços en-

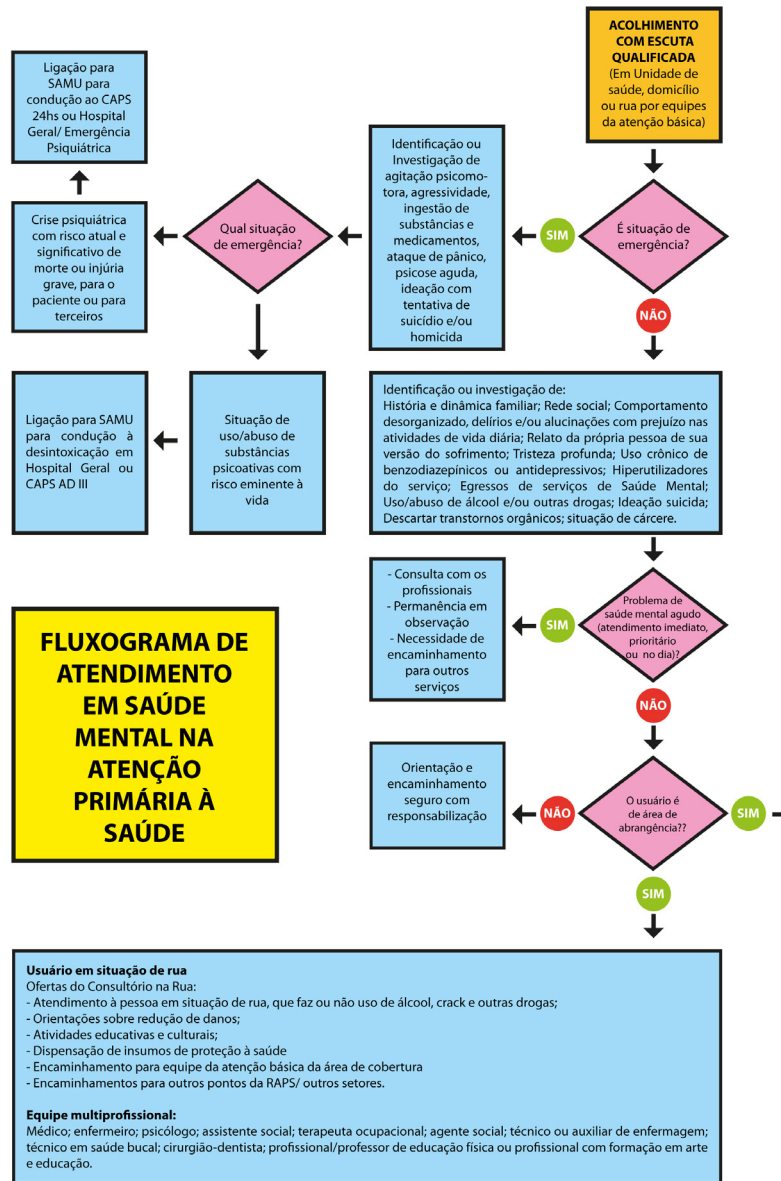
tre os indivíduos e entre estes e a cidade; inclusão dos setores de educação, justiça, assistência social, direitos humanos na luta pela cidadania; continuidade do cuidado em território; e a postura centralizadora que vem sendo assumida pelo CAPS (ou imputada a este pelos outros elementos da RAPS) como organizador da atenção em nível territorial quando, em tese, tem-se a Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado (LIMA; GUIMÃRÃES, 2019, p. 884).

Ante as assertivas anteriores, elaborou-se um fluxograma de atendimento em saúde mental, para que seja facilitado o acesso e a continuidade do cuidado na RAPS, com base no território, em liberdade e de forma interdisciplinar, como se observa na figura 1 (A e B).

Não se buscou criar um modelo, mas pensar em uma orientação para o acolhimento das pessoas em sofrimento mental a partir das portas de entrada da RAPS, considerando a Atenção Básica como a coordenadora do cuidado, com capacidade resolutiva para atender demandas leves e garantir o vínculo com os usuários, independentemente de qualquer outro serviço utilizado na rede.

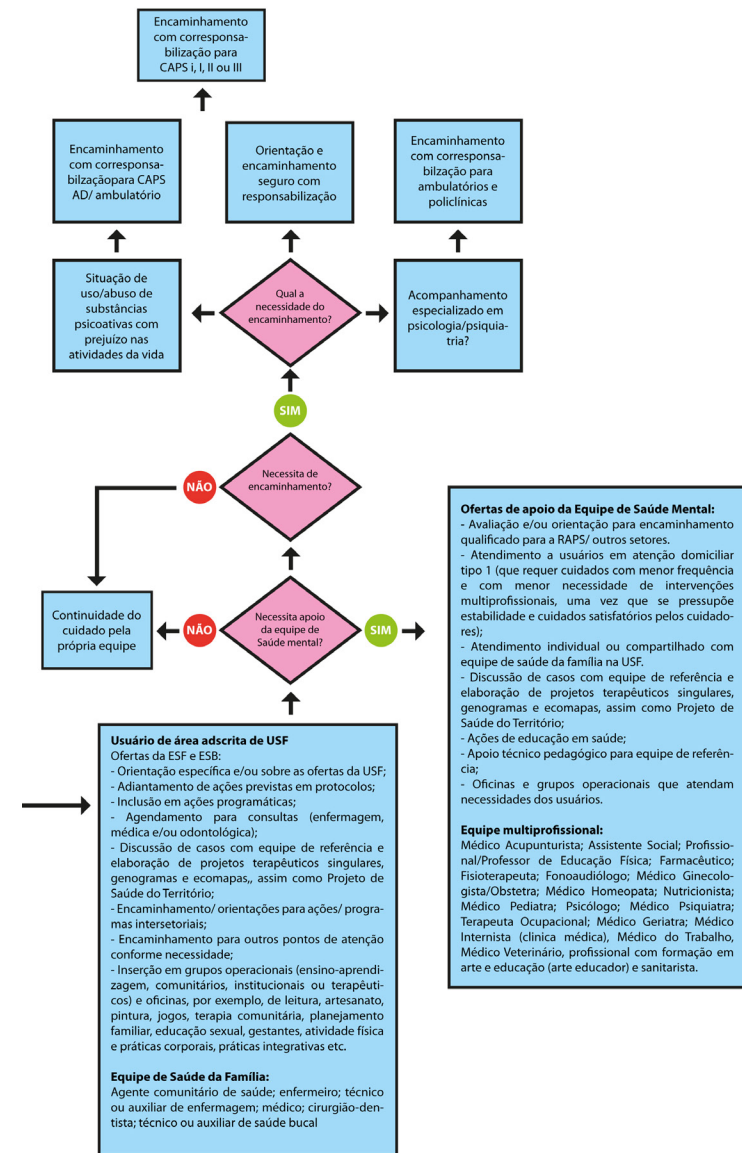
O usuário ao ser acolhido na AB passará por uma escuta qualificada para identificação da demanda, bem como uma classificação de risco (baixo, médio e alto), com desenho da linha de cuidado mais adequada. Em seu itinerário terapêutico, poderá acessar serviços de urgência e emergência, como Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Hospitais gerais; serviços de atenção especializada, como os CAPS e os ambulatórios. Na Atenção Básica, contará com as equipes de saúde da família e de saúde bucal, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Consultório na Rua (no caso de pessoa em situação de rua), todas são estratégias da APS em benefício da vida.

FIGURA 1A: FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO PARA PORTADORES DE AGRAVOS MENTAIS



Fonte: Autoria própria, 2021.

FIGURA 1B: FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO PARA PORTADORES DE AGRAVOS MENTAIS



Fonte: Autoria própria, 2021.

Importante dizer que o fluxo indica a continuidade do cuidado em saúde mental e visa à manutenção do vínculo do sujeito no transcurso da terapêutica. Relevantes conexões com todos os serviços de saúde são realizadas, o que possibilita verificar as transformações na dinâmica do cuidar (ANGELO, 2013).

CONCLUSÃO

Muitos são os caminhos percorridos para propiciar a coordenação do cuidado em saúde mental na RAPS. Neste capítulo foi possível arquitetar um fluxograma de atendimento. O percurso trilhado propõe contribuir para as discussões sobre o itinerário terapêutico e o fluxo assistencial na RAPS, buscando a integralidade das ações. Espera-se que esta ferramenta seja útil e possa facilitar o acesso e o cuidado em saúde mental.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, José Élder Holanda de et al. Primary health care: focusing on the health for the attention of networks. **Rev Enferm UFPE Online**, v. 9, n. 11, p. 9811-9716, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10772>. Acesso em: 05 abr. 2021.

ANGELO, Laís Macedo. **Identificando vínculos nas redes de atenção à saúde mental sob a óptica do usuário do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas no município de Niterói-RJ**. 2013. 69 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem)–Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados**. Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 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). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 15 out. 2020.

CHUEIRI, Patrícia Sampaio; HARZHEIM, Erno; TAKEDA, Sílvia M. Coordenação do cuidado e ordenação nas redes de atenção pela Atenção Primária à Saúde—uma proposta de itens para avaliação destes atributos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1-18, 2017.

DIAS, Marcelo Kimati; FERIGATO, Sabrina Helena; FERNANDES, Amanda Dourado Souza Akahosi. Atenção à Crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 595-602, 2020.

LAPÃO, Luís Velez et al. Atenção Primária à Saúde na coordenação das Redes de Atenção à Saúde no Rio de Janeiro, Brasil, e na região de Lisboa, Portugal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 713-724, 2017.

LIMA, Déborah Karollyne Ribeiro Ramos; GUIMARÃES, Jacileide. A Rede de Atenção Psicossocial sob o olhar da complexidade: quem cuida da saúde mental? **Saúde em Debate**, v. 43, p. 883-896, 2019.

MAFFISSONI, André Lucas et al. Redes de atenção à saúde na formação em enfermagem: interpretações a partir da atenção primária à saúde. **Revista Cuidarte**, v. 9, n. 3, p. 3, 2018.

MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Divulg Saúde Debate.**, v. 52, p. 15-37, 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2021.

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

PEITER, Caroline Cechinel et al. Healthcare networks: trends of knowledge development in Brazil. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, e20180214, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v23n1/1414-8145-ean-23-01-e20180214.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2021.

OLIVEIRA, Cecylia Roberta Ferreira de et al. Conhecimento e uso de mecanismos para articulação clínica entre níveis em duas redes de atenção à saúde de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. 1-16, 2019.

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report**. Geneva: World Health Organization; 2015.

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.

VAZ, Elenice Maria Cecchetti et al. Coordenação do cuidado na Atenção à Saúde à(ao) criança/adolescente em condição crônica. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 6, p. 2612-2619, 2018.

ORGANIZADORES

Tarciana Sampaio Costa – é Enfermeira, Especialista em Saúde Mental pelo Centro Universitário de Patos (UNIFIP). Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), São Paulo, São Paulo, Brasil. Docente em Cursos de Pós-Graduação em Saúde Mental. Coordenadora de Pesquisa, Iniciação Científica e Professora do Componente Curricular de Saúde Mental nos Cursos de Enfermagem e Psicologia do UNIFIP, Patos, Paraíba, Brasil. E-mail: tarcianasampaio@yahoo.com.br

Milena Nunes Alves de Sousa – é Enfermeira, Especialista em Saúde da Família, Saúde Coletiva, Docência e Pesquisa para a Área de Saúde. Mestre em Ciências da Saúde, Doutora e Pós-Doutora em Promoção de Saúde pela Universidade de Franca (UNIFRAN), Franca, São Paulo, Brasil. Pesquisadora e Apaixonada por Saúde Mental. Pró-Reitora de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão, Professora no Curso de Medicina no Centro Universitário de Patos (UNIFIP), Patos, Paraíba, Brasil e Docente no Curso de Psicologia da Faculdade São Francisco da Paraíba, Cajazeiras, Paraíba, Brasil. Docente em Cursos de Pós-Graduação em Saúde Mental. E-mail: milenanunes@fiponline.edu.br

Elzenir Pereira de Oliveira Almeida – Pedagoga, Mestrado em Gestão Educacional pela Fundação Francisco Mascarenhas/Universidade Internacional de Lisboa. Atualmente, é Professora Adjunta da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) e Pró-Reitora de Ensino e docente no Centro Universitário de Patos

(UNIFIP), Patos, Paraíba, Brasil. PB. Tem experiência na área de Educação, Educação e Saúde, Ciências Ambientais, Saúde e Meio Ambiente, Promoção de Saúde e Educação Superior. E-mail: elzeniralmeida1@fiponline.edu.br

Paulo Gabriel Godinho Delgado – é Sociólogo, Professor Universitário e Cientista Político. Foi Deputado Constituinte e exerceu mandatos de Deputado Federal de 1987 a 2011. É autor da Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Lei das Cooperativas Sociais. Recebeu, em 1999, o *Prêmio “PI”* do Ministério da Saúde e do Instituto de Psiquiatria da UJRF pela defesa dos Direitos Humanos dos pacientes psiquiátricos; Recebeu, em 2000, dos Conselhos de Psicologia do Brasil, o *Troféu Paulo Freire de Reconhecimento Social* pela sua luta em prol da diminuição do sofrimento humano. Conferencista e Consultor é, também, articulista regular do jornal *O Estado de São Paulo*, assina a coluna de política internacional dos jornais *Correio Braziliense* e *Estado de Minas*. E-mail: paulogg-delgado@gmail.com

Maria Cecília de Sousa Minayo – é Socióloga, Antropóloga, Mestre em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e Doutorado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). É Editora Científica da Revista *Ciência & Saúde Coletiva* da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e Pesquisadora Titular da FIOCRUZ, destacou-se na pesquisa sobre violência a partir da utilização de métodos qualitativos em saúde. Ainda, é Coordenadora Científica do Claves/FIOCRUZ e Representante Regional para a América Latina do Fórum Mundial de Ciências Sociais e Medicina. E-mail: maminayo@terra.com.br

SOBRE OS AUTORES

Alana Cristina de Sousa Alencar Silva – Psicóloga pela UFPB – Universidade Federal da Paraíba, Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Católica de Santos (UNISANTOS) e Especialista em Psicologia Clínica – Psicanálise pelo EPSI – Espaço Psicanalítico. Docente do curso de Psicologia do Centro Universitário de Patos (UNIFIP), Patos-PB, Brasil. E-mail: alanasilva@fiponline.edu.br.
Orcid: 0000-0002-1166-8095

Alana Simões Bezerra – Profissional de Educação Física. Mestre em Ciências das Religiões pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Docente no Curso de Educação Física do Centro Universitário de Patos (UNIFIP), Patos, Paraíba, Brasil. E-mail: alanabezerra@fiponline.edu.br.
Orcid: 0000-0002-0221-2117

Alba Rejane Gomes de Moura Rodrigues – Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo-SP, Brasil. Professora do curso de bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Cajazeiras-PB, Brasil. E-mail: albarodrigues@fiponline.edu.br.
Orcid: 0000-0003-1394-9496

Ana Luzia Lima Rodrigues Pita – Arquiteta e Urbanista; Especialista em Arquitetura Hospitalar e Hoteleira. Mestre em Arquitetura e urbanismo; Professora da Facisa/CG e do Iesp/JP. E-mail: analuziapita@yahoo.com.br.
Orcid: 0000-0003-1068-7398

Anarita de Souza Salvador—Assistente Social. Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba, Brasil. Especialista/Residente em Saúde da Família e Comunidade. Coordenadora do Curso de Bacharelado em Serviço Social do Centro Universitário de Patos (UNIFIP), Patos-PB, Brasil. E-mail: anaritasalvador@fiponline.edu.br.
Orcid: 0000-0001-5249-3431

André Luiz Dantas Bezerra – Enfermeiro e Cirurgião Dentista. Residente em Atenção Primária à Saúde pelo Centro Universitário de Patos (UNIFIP), Patos-PB, Brasil. Mestre em Sistemas Agroindustriais pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Pombal-PB, Brasil. Docente na Faculdade São Francisco da Paraíba (FASP), Cajazeiras-PB, Brasil. E-mail: dr.andreldb@gmail.com.
Orcid: 0000-0002-0547-5772

Ariana Elite dos Santos—Fonoaudióloga. Docente na Faculdade São Francisco da Paraíba (FASP), Cajazeiras-PB, Brasil. E-mail: arianelite@hotmail.com.
ORCID: 0000-0003-1723-7074

Ariane Laurentino Freires Canuto—Bacharel em Psicologia pela Faculdade Santa Maria, Pós-Graduanda em Saúde Mental e Atendimento Psicossocial. E-mail: arianeffreires1112@gmail.com.
Orcid: 0000-0002-6960-8992

Bruno Bezerra do Nascimento—Enfermeiro pelo Centro Universitário de Patos (UNIFIP), Patos, Paraíba, Brasil. E-mail: brunonascimento@enf.fiponline.edu.br.
Orcid: 0000-0002-9341-2121

Carmen Silva Alves- Assistente Social. Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba, Brasil. Docente do Curso de Bacha-

relado em Serviço Social do Centro Universitário de Patos—UNIFIP, Patos, Paraíba, Brasil. E-mail: carmenalves1@fiponline.edu.br.
Orcid: 0000-0001-7193-0676

Celly Victória Formiga Oliveira – Discente do curso de Enfermagem do Centro Universitário de Patos (UNIFIP), Patos, Paraíba, Brasil. E-mail: cellyvictoriaf@gmail.com.
Orcid: 0000-0003-1416-3188

Cibelle Ingrid Estevão de Melo—Médica formada pela Universidade Federal da Paraíba e Residente em Medicina de Família e Comunidade pelo Centro Universitário de Patos (UNIFIP), Patos, Paraíba, Brasil. E-mail: cibellemelomed@gmail.com.
Orcid: 0000-0001-8464-8944

Clístenes Rocha Nicácio—Arquiteto e Urbanista e Especialista em Engenharia de Avaliações e Perícias. E-mail: clistenes.roxa@hotmail.com.
Orcid: 0000-0002-8827-8917

Dayanne Tomaz Casimiro da Silva- Farmacêutica. Mestre e Doutora em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) com período sanduíche pela Universidad de Granada (UGR) departamento de Farmácia na Espanha. Docente no curso de Farmácia da Faculdade Rebouças, Campina Grande, Paraíba, Brasil. E-mail: dayannecasimiro@hotmail.com.
Orcid: 0000-0003-3872-3813

Débora César de Souza Rodrigues – Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família de Santa Terezinha, Pernambuco, Brasil. E-mail: deboracesarufpb@gmail.com.
Orcid: 0000-0002-6596-6186

Débora Najda de Medeiros Viana - Psicóloga. Especialista em Saúde Coletiva pelo Centro Universitário UNIFIP. Mestre em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba. Doutoranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP). Docente do Curso de Graduação em Psicologia e Coordenadora Institucional FIP-Campus Campina Grande. E-mail:deborana-jda11@yahoo.com.br

Orcid: 0000-0001-8452-7560

Débora Oliveira dos Santos–Acadêmica de Medicina pelo Centro Universitário de Patos (UNIFIP), Patos, Paraíba, Brasil. E-mail: deborasantos@med.fiponline.edu.br.

Orcid: 0000-0003-0703-0520

Denise Batista da Costa –Fonoaudióloga. Coordenadora do Curso de Nutrição e Docente na Faculdade São Francisco da Paraíba (FASP), Cajazeiras-PB, Brasil. E-mail: denisecz@hotmail.com.

ORCID: 0000-0002-7753-0427

Fabian de Queiroz – Profissional de Educação Física. Mestre Ciências da Educação pela Escola de Ensino Superior Almeida Garrett, Portugal. Docente no Curso de Educação Física do Centro Universitário de Patos (UNIFIP), Patos, Paraíba, Brasil. E-mail: fabianqueiroz@fiponline.edu.br.

Orcid: 0000-0002-0535-0697

Ednaldo Sátiro de Alencar Dantas – Acadêmico de Medicina pelo Centro Universitário de Patos (UNIFIP), Patos, Paraíba, Brasil. E-mail: ednaldodantas@med.fiponline.edu.br.

Orcid: 0000-0003-4598-6515

Elzenir Pereira de Oliveira Almeida – Doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC (FMABC). Docente no Centro Universitário de Patos (UNIFIP) e na Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Patos, Paraíba, Brasil. E-mail: elzeniralmeida1@fiponline.edu.br

Orcid: 0000-0003-2453-4691

Emanuelle Kaatharine dos Santos Souza – Enfermeiro pelo Centro Universitário de Patos (UNIFIP), Patos, Paraíba, Brasil. E-mail: emanuellekaatharine@hotmail.com.

Orcid: 0000-0002-1969-233X

Emídio José de Souza – Acadêmico de Medicina pelo Centro Universitário de Patos (UNIFIP), Patos, Paraíba, Brasil. E-mail: emidiosj@gmail.com.

Orcid: 0000-0003-4883-4939

Eulampio Dantas Segundo – Médico com especialização em Psiquiatria. Mestrando em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC. Docente no curso de Medicina do Centro Universitário de Patos (UNIFIP), Patos, Paraíba, Brasil. E-mail: e.dantas.segundo@hotmail.com

Orcid: 0000-0002-7084-8782

Francisca Elidivânia de Farias Camboim–Enfermeira. Especialista em Saúde Mental. Mestra em Ciências da saúde pela Faculdade de Ciências médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP). Docente do curso Bacharelado do Centro Universitário de Patos (UNIFIP), Patos, Paraíba, Brasil. E-mail: franciscafarias@fiponline.edu.br.

Orcid: 0000-0002-6886-031X

Francisco Arnoldo Nunes de Miranda – Enfermeiro, Pós-Doutorado Universidade de Évora/PT, Doutor em Enfermagem Psiquiátrica pela EERP/USP, Professor Titular do Curso de Bacharelado de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Mestrado/Doutorado), Universidade Federal do Rio Grande do Norte, PGENF/UFRN. E-mail: farnoldo@gmail.com.
Orcid: 0000-0002-8648-811X

Heloiza Aurélio Rodrigues – Enfermeira pelo Centro Universitário de Patos (UNIFIP), Patos, Paraíba, Brasil. E-mail: haraurelio@gmail.com.
Orcid: 0000-0002-9926-1926

Joyce de Souza Vêras – Enfermeira pelo Centro Universitário de Patos (UNIFIP), Patos, Paraíba, Brasil. E-mail: @gmail.com.
Orcid: 0000-0003-2721-9611

Italo Barros Xavier – Discente do curso de Enfermagem do Centro Universitário de Patos (UNIFIP), Patos, Paraíba, Brasil. E-mail: italo.barros.xavier@gmail.com.
Orcid: 0000-0001-7411-6872

Janaina Lúcio Dantas – Nutricionista. Mestre em Nutrição e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará – UECE. Docente no curso de Nutrição do Centro Universitário de Patos (UNIFIP), Patos, Paraíba, Brasil. E-mail: janainadantas@fiponline.edu.br.
Orcid: 0000-0002-6386-6421

José Caroca da Silva Monteiro – Graduando do curso de Psicologia do Centro Universitário de Patos (UNIFIP), Patos, Paraíba, Brasil. E-mail: josecarocamonteiro@gmail.com.
Orcid: 0000-0001-7309-9564

José Élder Holanda de Almeida – Enfermeiro pela Faculdade Santa Maria, Cajazeiras, Paraíba, Brasil. E-mail: elderhalmeida@hotmail.com.
Orcid: 0000-0001-7409-0027

Kaliane Alves Benício Soares – Profissional de Educação Física. Mestre em Ciências Florestais pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Docente no Curso de Educação Física do Centro Universitário de Patos (UNIFIP), Patos, Paraíba, Brasil. E-mail: kalianesoares@fiponline.edu.br.
Orcid: 0000-0003-0661-7880

Karla da Nóbrega Gomes – Enfermeira da Atenção Primária à Saúde de Condado-PB, com mestrado em Sistemas Agroindustriais e doutoranda em Engenharia de Processos pela Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande-PB, Brasil. E-mail: karlindagomes@hotmail.com.
Orcid: 0000-0001-9430-4176

Larissa de Araújo Batista Suarez – Administradora e Psicóloga. Mestre e Doutoranda em Psicologia Clínica pela Universidade Católica do Pernambuco (UNICAP), Recife-PE, Brasil. Coordenadora do Curso de Administração e Docente na Faculdade São Francisco da Paraíba (FASP), Cajazeiras-PB, Brasil. E-mail: labsuarez@gmail.com.
Orcid: 0000-0002-6658-5019

Larissa Lucena – Advogada, OAB 20996/PB. Professora. Esp. em Políticas Públicas pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Esp. em Direito do Trabalho e Processo do Trabalho pela Faculdade Damásio. Advogada coordenadora Comissão de Combate à Violência contra a Mulher/ OAB – PATOS. E-mail: larissa.l.santos@hotmail.com.
Orcid: 0000-0001-5007-1964

Letícia Miná de Britto Cavalcanti–Acadêmica de Medicina pelo Centro Universitário de Patos (UNIFIP), Patos, Paraíba, Brasil. E-mail: leticia-cavalcanti@med.fiponline.edu.br.

Orcid: 0000-0002-8259-1478

Lucas de Carvalho Siqueira – Aluno do curso de Nutrição do Centro Universitário de Patos (UNIFIP), Patos, Paraíba, Brasil. E-mail: lucas-carvalho64@hotmail.com.

Orcid: 0000-0002-4601-6441

Lucilene Gomes da Silva Medeiros–Doutorado em Ciências Biológicas pela Universidade Federal do Amazonas (UFA)/Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia (INPA), Manaus, Brasil. Docente do Curso de Psicologia do Centro Universitário de Patos (UNIFIP), Patos, Paraíba, Brasil. E-mail: lucilenemedeiros@fiponline.edu.br.

Orcid: 0000-0002-0432-2133

Manuela Carla de Souza Lima Daltro–Fisioterapeuta, Doutora em Ciências da Saúde pela FCMSCSP, docente no Curso de Bacharelado de Fisioterapia das UNIFIP e membro da comissão de Saúde Mental do CREFITO 1. E-mail: manucarla@hotmail.com.

Orcid: 0000-0003-4034-2411.

Maria Amanda Laurentino Freires – Bacharel em Enfermagem pela Faculdade Santa Maria, Pós-Graduanda em Obstétrica e Ginecologia pela Faculdade Santa Maria. E-mail: m.amandafreires@hotmail.com.

Orcid: 0000-0002-7873-5504

Maria da Penha Medeiros – Professora, Advogada e Assessora Jurídica, M. Sc. Universidade Federal de Campina Grande – UFCG. Esp. em Direito Penal e Processo Penal pela UFCG e Esp. em Direitos Humanos pela

UFCG – Sousa, Paraíba, Brasil. E-mail: penha.medeiros@bol.com.br.

Orcid: 0000-0001-6994-9685.

Matheus Medeiros Dantas – Discente do curso de Enfermagem do Centro Universitário de Patos (UNIFIP), Patos, Paraíba, Brasil. E-mail: matheusmedeirosdantas@gmail.com.

Orcid: 0000-0002-5050-6603

Michelangelo Suelleny de Caldas Nobre – Farmacêutica e advogada. Mestrado em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Doutoranda em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Docente no curso de medicina do Centro Universitário de Patos (UNIFIP), Patos, Paraíba, Brasil. Docente do curso de farmácia da Faculdade Rebouças, Campina Grande, Paraíba, Brasil. E-mail: michelangeladv@gmail.com.

Orcid: 0000-0002-9186-9988

Milena Nunes Alves de Sousa – Doutorado e Pós-Doutorado em Promoção de Saúde. Pós-Doutorado em Sistemas Agroindustriais pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campus Pombal, Paraíba. Pró-Reitora de Pesquisa, Extensão e Pós-Graduação no Centro Universitário de Patos (UNIFIP). Docente no Curso de Medicina da UNIFIP, Patos, Paraíba, Brasil. milenanunes@fiponline.edu.br.

Orcid: 0000-0001-8327-9147

Murillo Nunes de Magalhães–Fisioterapeuta, Mestre em Ensino na Saúde e Tecnologias pela UNCISAL. Especialista em saúde pública. Fisioterapeuta da UNCISAL e da Prefeitura de Arapiraca-AL e membro da comissão de Saúde Mental do CREFITO 1. E-mail: murillofisio@hotmail.com

Orcid: 0000-0002-4097-5959.

Nalfranio de Queiroz Sátiro Filho – Profissional de Educação Física. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Cruzeiro do Sul. Docente no Curso de Educação Física do Centro Universitário de Patos (UNIFIP), Patos, Paraíba, Brasil. E-mail: nalfraniofilho@fiponline.edu.br.

Orcid: 0000-0001-5044-3158

Pierre Gonçalves de Oliveira Filho–Psicólogo e Arteterapeuta. Mestrado em Saúde Coletiva. Doutorado em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Docente do curso de Psicologia do Centro Universitário de Patos (UNIFIP), Patos, Paraíba, Brasil. E-mail: pierrefilho@fiponline.edu.br.

Orcid: 0000.0001.5846.4551

Polyana Lorena Santos da Silva–Graduada em Enfermagem (Licenciatura e Bacharelado) pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte–UERN (2015). Mestranda em Educação, Trabalho e Inovação em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). E-mail: polyanalorena89@gmail.com.

Orcid: 0000-0003-1753-7966

Rebeca Dias Rodrigues Araújo – Acadêmica de Medicina pelo Centro Universitário de Patos (UNIFIP), Patos, Paraíba, Brasil. E-mail: rebeccaraujo@med.fiponline.edu.br.

Orcid: 0000-0003-1402-4479

Rejane Emily Sampaio Cavalcante - Advogada. Bacharel em Direito pela Universidade Leão Sampaio. Especialista em Direito Administrativo e Gestão Pública pela Faculdade Integrada de Brasília. Registrada na Ordem dos Advogados do Brasil pelo Estado do Ceará. Sócia-fundadora da Cavalcante & Sampaio Advogados. Atuação em Direito Crimi-

nal, Cível e Administrativo. Email: rejane.emilly@hotmail.com

Orcid: 0000-0001-9272-2884

Roberto Alexandre Franken–Doutor em Medicina pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e Professor Titular da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), São Paulo -SP, Brasil. E-mail: frankenr@terra.com.br.

Orcid: 0000-0003-0140-6865

Rosa Martha Ventura Nunes – Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Cruzeiro do Sul (UNICSUL) e Mestre em Terapia Intensiva pela Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva (SOBRATI). Docente no curso de Enfermagem do Centro Universitário de Patos (UNIFIP), Patos, Paraíba, Brasil. E-mail: rosanunes@fiponline.edu.br.

Orcid: 0000-0003-0747-9352

Rosângela Maria Fernandes de Oliveira–Fisioterapeuta, Especialista em Saúde Pública pelas FIP, atua como fisioterapeuta no NASF de Condado-PB e no CER de Patos-PB e docente no Curso de Bacharelado de Fisioterapia das FIP. E-mail: rosangelaoliveira@fiponline.edu.br.

Orcid: 0000-0001-8102-049X

Samara Campos de Assis–Fisioterapeuta, Mestre em Ciências da Saúde pela FCMSCSP, docente no Curso de Bacharelado de Fisioterapia das UNIFIP. E-mail: samaracamposdeassis@gmail.com.

Orcid: 0000-0003-1260-3039

Tarciana Sampaio Costa–Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo-SP, Brasil. Docente no Centro Universitário de Patos (UNIFIP),

Patos, Paraíba, Brasil. E-mail: tarcianasampaio@yahoo.com.br.
Orcid: 0000-0001-5886-9495

Thayanne Ramos de Almeida – Nutricionista pelo Centro Universitário de Patos (UNIFIP), Patos, Paraíba, Brasil. E-mail: thayannealmeida@nut.fiponline.edu.br.
Orcid: 0000-0002-4341-3652

Thuany Rodrigues Dias – Fisioterapeuta. Especialista em Fisioterapia em Unidade de Terapia Intensiva e em Saúde Pública. Mestranda em Educação, Trabalho e Inovação em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Atualmente é Vice-Coordenadora Geral dos Programas de Residência em Saúde do Centro Universitário de Patos (UNIFIP)/ Prefeitura Municipal de Patos (PMP), membro da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) e apoiadora da Comissão de Residência Médica (COREME). E-mail: thuany.trd@gmail.com
Orcid: 0000-0003-2269-2100

Wellington Bruno Araújo Duarte – Mestrando em Saúde Coletiva pelo PPGSC/ UFPE, Sanitarista na Prefeitura Municipal do Jabotão dos Guararapes. E-mail: wellington_b@hotmail.com.
Orcid: 0000-0001-9604-9180.

Wellington Felipe Jerônimo Leite – Acadêmico de Medicina pelo Centro Universitário de Patos (UNIFIP), Patos, Paraíba, Brasil. E-mail: wellingtonleite@med.fiponline.edu.br.
Orcid: 0000-0001-5534-6189

Wyara Ferreira Melo – Bacharel em Enfermagem pela Faculdade Santa Maria, Doutoranda em Engenharia de Processos pela Universidade Fe-

deral de Campina Grande. E-mail: wypara_mello@hotmail.com.
Orcid: 0000-0001-7054-4060

Yasmin de Sousa Barbosa – Estudante do curso de Bacharelado em Fisioterapia no Centro Universitário de Patos (UNIFIP), Patos, PB, Brasil. E-mail: yasmin_sousa98@hotmail.com.
Orcid: 0000-0001-9029-6834

Yoshyara da Costa Anacleto Estrela – Médica e Residente em Medicina de Família e Comunidade pelo Centro Universitário de Patos (UNIFIP), Patos, Paraíba, Brasil. E-mail: yoshyaraestrela@med.fiponline.edu.br.
Orcid: 0000-0003-1565-2741

Formato *15x21 cm*
Tipologia *Alegreya*
Nº de Pág. *465*

EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE- EDUFCG

