

Leandro Guimarães Garcia  
Domingos de Oliveira  
Joyce Duailibe Laignier Barbosa Santos  
Viviane Souza Paiva  
(Orgs.)

# SAÚDE MENTAL

VOLUME 1



Abordagens e estratégias  
para a promoção do cuidado





A vida real, nos serviços de Atenção Básica, costuma ser bastante movimentada. Os profissionais se deparam com problemas de todos os tipos, sem escolher órgãos, sistemas, idades, ou outras características que especializaram a Medicina e a Saúde. Os problemas de saúde mental marcam presença, muitas vezes sem chamar a atenção, pois não há dia em que falte alguma queixa que poderia ser qualificada como “psicossocial”. E com muita frequência os usuários desses serviços tem mesmo “transtornos mentais”. Portanto, a iniciativa do Professor Leandro Guimarães Garcia e sua equipe, além de necessária é fundamental para qualificar o cuidado integral a que se propõe a atenção primária à saúde, no Tocantins, no Brasil e no mundo. O Professor Leandro é uma pessoa ousada, que coordenando o Núcleo de Telessaúde do Tocantins, enveredou por um caminho complexo, cheio de nuances, onde até mesmo os especialistas provocam muitas discussões, nem sempre consensos. E isso não porque tenham intenção de confundir, mas por tratarem com problemas complexos, que exigem soluções também complexas, como são os problemas mentais.

Dinarte Alexandre Prietto Ballester



## **Saúde Mental**



# Saúde Mental

Volume 1

Abordagens e estratégias para a promoção do cuidado

**Organizadores:**

Leandro Guimarães Garcia

Domingos de Oliveira

Joyce Duailibe Laignier Barbosa Santos

Viviane Souza Paiva



**Diagramação:** Marcelo A. S. Alves

**Capa:** Carole Kümmecke - <https://www.behance.net/CaroleKummecke>

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



Todos os livros publicados pela Editora Fi estão sob os direitos da [Creative Commons 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR) [https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

---

GARCIA, Leandro Guimarães; et al (Orgs.)

Saúde mental, volume 1: abordagens e estratégias para a promoção do cuidado [recurso eletrônico] / Leandro Guimarães Garcia; et al (Orgs.) -- Porto Alegre, RS: Editora Fi, 2020.

169 p.

ISBN - 978-85-5696-812-8

Disponível em: <http://www.editorafi.org>

1. Saúde; 2. Atenção básica; 3. Práticas; 4. Humanização; 5. Brasil; I. Título.

---

CDD: 614

Índices para catálogo sistemático:

1. Saúde pública            614

# Sumário

|   |            |
|---|------------|
| <b>Prefácio.....</b>  | <b>9</b>   |
| Dinarte Alexandre Prietto Ballester                                       |            |
| <b>Capítulo 1.....</b>  | <b>11</b>  |
| <b>Acolhimento</b>  |            |
| César Gustavo Moraes Ramos  |            |
| <b>Capítulo 2 .....</b>   | <b>39</b>  |
| <b>Identificação de problemas e transtornos mentais na atenção básica</b> |            |
| Dinarte Alexandre Prietto Ballester                                       |            |
| <b>Capítulo 3 .....</b>   | <b>60</b>  |
| <b>Acompanhamento e encaminhamento</b>                                    |            |
| Domingos de Oliveira  |            |
| Joyce Duailibe Laignier Barbosa Santos                                    |            |
| Leandro Guimaraes Garcia  |            |
| Leila Rute Oliveira Gurgel do Amaral                                      |            |
| Viviane Souza Paiva   |            |
| <b>Capítulo 4 .....</b>   | <b>100</b> |
| <b>Práticas em saúde mental</b>   |            |
| Ana Carolina Peixoto do Nascimento  |            |
| José Erson Douglas de Souza Nery Neto                                     |            |
| Leandro Guimarães Garcia  |            |
| Maria Zulene Saturno da Silva   |            |
| Natália Pinheiro Basan  |            |
| Nereu Gomes Neto Léda   |            |
| Sonielson Luciano de Sousa  |            |
| Tiago Veloso Neves  |            |
| Veridiana de Cassia Barreto Cesarino                                      |            |
| Viviane Souza Paiva   |            |
| <b>Sobre os autores.....</b>  | <b>168</b> |





## Prefácio

*Dinarte Alexandre Prietto Ballester*

O primeiro contato que recebi do pessoal do Núcleo de Telessaúde e da Universidade Federal do Tocantins me despertou a curiosidade, afinal, eu nunca estive nesse irmão mais novo dos Estados brasileiros. O convite era para ir a Palmas, participar de gravações para um curso a distância, voltado aos profissionais da Atenção Básica à Saúde e os que atuam nos serviços de saúde mental do Sistema Único de Saúde. Duplo desafio!

A curiosidade persiste, pois o bom senso e a economia de recursos fez com que eu me tornasse de ator em roteirista, e alguns profissionais de saúde entraram em cena, compondo alguns pequenos esquetes que retratavam cenas dos serviços de atenção primária à saúde. A diferença é que estes esquetes não eram humorísticos, falavam de coisas sérias, como doenças, tratamentos, mas também tinham a intenção de dinamizar o aprendizado, mostrando “cenas da vida real”.

A vida real, nos serviços de Atenção Básica, costuma ser bastante movimentada. Os profissionais se deparam com problemas de todos os tipos, sem escolher órgãos, sistemas, idades, ou outras características que especializaram a Medicina e a Saúde. Os problemas de saúde mental marcam presença, muitas vezes sem chamar a atenção, pois não há dia em que falte alguma queixa que poderia ser qualificada como “psicossocial”. E com muita frequência os usuários desses serviços tem mesmo “transtornos mentais”.

Portanto, a iniciativa do Professor Leandro Guimarães Garcia e sua equipe, além de necessária é fundamental para qualificar o cuidado integral a que se propõe a atenção primária à saúde, no Tocantins, no Brasil e no mundo.

O Professor Leandro é uma pessoa ousada, que coordenando o Núcleo de Telessaúde do Tocantins, enveredou por um caminho complexo, cheio de

nuances, onde até mesmo os especialistas provocam muitas discussões, nem sempre consensos. E isso não porque tenham intenção de confundir, mas por tratarem com problemas complexos, que exigem soluções também complexas, como são os problemas mentais.

No período em que tivemos uma intensa comunicação, com e-mails, mensagens no celular, conversas a distância, foram muitas as discussões, a troca dos pontos de vista, para que eu tivesse ideia do que é o Tocantins, sua gente, seus profissionais de saúde, suas redes de atenção à saúde, e ele pudesse entender um médico de família e comunidade de formação, que depois se tornou psiquiatra e até hoje tenta juntar as duas especialidades na sua prática como médico e docente.

Imagino que esse esforço ele também tenha feito com os outros colaboradores do curso, que agora materializa o seu conteúdo nesse livro, pois nem só de virtual vive a educação a distância. É uma prova concreta de que tanto trabalho valeu a pena, pois a alma certamente não foi pequena. Aliás, por vezes eu arriscava um conselho, do tipo “menos”, mas ele sempre queria “mais”, e por isso conseguiu um resultado tão bom, juntando um time de colaboradores muito qualificados.

Um curso a distância traz várias oportunidades. Uma delas foi o contato direto, embora por meios de comunicação eletrônicos, com colegas de várias profissões da Saúde que atuam no Tocantins, em lugares que não eram do meu conhecimento, mas que se tornaram tão próximos que podíamos sentir o que lá acontecia. Sim, sentir, porque a virtualidade não impede o sentimento, a identificação com as dificuldades e as conquistas que fazem parte do dia-a-dia de quem trabalha nos serviços de saúde.

Segundo o nosso grande educador, Paulo Freire, ensinar não é transmitir conhecimento, mas aprender juntos. Essa foi a experiência, construída entre coordenação, professores e os profissionais de saúde participantes. Dela saímos mais capazes de perseguir a nossa missão principal, que é cuidar da vida das pessoas.

Uma boa leitura para você leitor(a), que tem nas mãos um rico material para fundamentar a sua prática em saúde.

# Capítulo 1

## Acolhimento

*César Gustavo Moraes Ramos*

### **Por que falar de acolhimento?**

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

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

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

A palavra “acolher”, em seus vários sentidos, expressa “dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender,

admitir”<sup>1</sup>. Por ser uma questão do humano, o acolhimento está presente em todas as relações e encontros que fazemos na vida, mesmo quando pouco cuidamos dessa postura e prática. Entretanto podemos perceber que nos tempos atuais está cada vez mais difícil exercer o acolhimento nas nossas práticas cotidianas<sup>2</sup>.

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

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

Nossa intencionalidade com esse capítulo é provocar a compreensão e a reflexão para a apropriação de ferramentas conceituais, que aliadas as experiências práticas apresentadas de implantação e implementação do Acolhimento, possam otimizar mudanças e intervenções no processo de trabalho da Atenção Básica, principalmente em sua atuação no contexto da saúde mental compondo a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no território.

O Acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH) que visa potencializar os princípios do SUS<sup>3</sup> e que possui forte relevância ética / estética / política, pois se traduz em posturas pessoais e organizacionais no processo de gestão do trabalho para a prática implicada de “estar com” ou “estar perto de” pessoas em suas distintas funções e necessidades, sejam usuários, trabalhadores ou gestores. Portanto, são atos que implicam na:

- Ética no que concerne ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolher, compreendendo-o em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida.
- Estética porque traz para as relações e os encontros cotidianos a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade.
- Política porque implica no compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros<sup>4</sup>.

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

- Filas “madrugadoras” nas portas das unidades para distribuição de “fichas”, que se tornam o principal meio de acesso dos usuários às consultas com os profissionais. O critério de distribuição é a ordem de chegada das pessoas, que se mobilizam cada vez mais cedo para conseguir atendimento. Esse é um processo martirizador que privilegia “os mais fortes” e não necessariamente os mais necessitados por atendimento, ou as pessoas que se encontram em maior vulnerabilidade. Nessa lógica são comuns também a produção de arranjos econômicos como a venda de fichas e/ou lugares nas filas, situação gravíssima que subverte, de modo extremamente perverso todo o SUS;

- Gestores e profissionais imersos em uma cultura de trabalho que hipervaloriza a execução de procedimentos e atividades em detrimento dos resultados e efeitos para as pessoas. Em alguns casos essa lógica produz serviços desconectados com as reais demandas das pessoas e dos territórios, sendo que, trabalhadores e gestores, nessa perspectiva acabam hipervalorizando determinados procedimentos e/ou doenças, resultando em uma atenção fragmentada, sem possibilidade de produzir resolutividade frente ao sofrimento das pessoas;
- Trabalhadores sobrecarregados, sentindo-se isolados e adoecidos, que não conseguem analisar coletivamente seus processos de trabalho, com restrita capacidade de criação de novas estratégias para enfrentamento de demandas emergentes ou invisibilizadas.

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

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

### **Afinal de qual acolhimento estamos falando?**

O processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica na responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída. Ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que

possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários para garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento da articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário<sup>5</sup>.

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

### **Acolhimento é um ato de inclusão**

O acolhimento é uma forma de inclusão das pessoas, com respeito a seus modos de existência e suas demandas, nos serviços de saúde. Portanto é injustificável o uso do acolhimento na rede para criar exclusão e desresponsabilização da equipe com os usuários. E como isso pode acontecer? No momento em que o acolhimento é exercido sobre a perspectiva da triagem sua tendência é provocar barreiras ao acesso. Historicamente a triagem se constituiu como método de separar as pessoas que deveriam estar em determinado serviço, dos que não teriam necessidade de acessá-lo, pois criava-se a expectativa de que se encaminhada para outro serviço mais “adequado” a sua queixa seria resolvida. No entanto, essa expectativa não se concretizava pois em cada tentativa de acesso a outro serviço iniciava-se novamente a saga do usuário por acesso. Essa prática ganhou o nome de “usuário-malote”, onde as pessoas percorriam a rede com uma série de encaminhamentos, solicitações, documentos, “papeladas” que não garantiam em nada seu acesso á saúde. Essa lógica não compactua com a missão da atenção básica de produção e ordenamento do cuidado longitudinal.

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

O acolhimento inclusivo possui potencialidade técnica para avaliação e classificação de riscos e vulnerabilidades de indivíduos, famílias ou territórios. Fortalece o princípio da equidade e provoca o acesso de pessoas em processo de estigmatização, invisibilidade social, em extrema vulnerabilidade que historicamente não utilizava o SUS por várias questões, entre elas a violência institucional.

É importante ressaltar que o acolhimento não é uma triagem. Pressupõe um atendimento voltado à resolutividade e responsabilização. Significa também orientar o paciente e sua família a respeito dos serviços de saúde disponíveis para a continuidade da assistência, além da articulação intersetorial a fim de garantir a eficácia dos encaminhamentos. Ou seja, deve-se garantir a continuidade do cuidado.

**Acolhimento não é uma atitude voluntária de “bondade” ou “favor” exercida pelos profissionais.**

Quando trabalhamos com a humanização do atendimento, a primeira ação a ser realizada por toda a equipe, ao receber a pessoa como paciente, é prestar-lhe acolhimento. O acolhimento à pessoa que procura o cuidado de saúde se expressa na relação que se estabelece entre o usuário e o profissional que o atende<sup>6</sup>.

Como já pautamos o acolhimento é uma diretriz do Sistema Único de Saúde expressa em diversas legislações e documentos institucionais como leis, portarias e resoluções. Portanto, seu exercício pelos profissionais e sua



implantação e implementação nos serviços não constitui um ato de favorecimento ou bondade. Neste sentido, é a política pública sendo executada em ato para fortalecimento dos princípios do SUS, portanto o acesso ao serviço, o tempo investido pelo trabalhador em uma escuta qualificada, a articulação com a rede necessária para o cuidado, não estão no âmbito da caridade ou cortesia, mas sim na resolução do direito universal a saúde, conquistado por todos brasileiros. Sendo assim, cabe a gestores e trabalhadores fomentarem através do acolhimento uma cultura de respeito e solidariedade com vistas ao acesso para que todas pessoas em sofrimento físico e/ou psíquico possam ter suas demandas tratadas com responsabilização e implicação no cuidado.

### **A habilidade e competência de acolher não é uma “vocação” de determinado profissional.**

É comum ouvirmos, em roda de conversas com trabalhadores e gestores, que determinados profissionais das equipes, tem mais “jeito” ou “paciência” na relação com os usuários.

Esses são normalmente os profissionais que ficam destacados para essa função nas equipes ou serviços. Tal entendimento de um possível “perfil” - quase que vocacional - para o acolhimento serve muitas vezes para confundir o fato de que acolher é uma habilidade e competência necessária a todo profissional de saúde do SUS. Em muitos casos, a definição de uma pessoa específica para o acolhimento serve, também, para afastar aqueles profissionais que tem dificuldade em acolher, de se expor para um novo aprendizado. Contudo, a partir do estímulo institucional, todos os trabalhadores terão condições de desenvolver as habilidades e competências, e fortalecer novas práticas, afinal, aprende-se tanto no dia a dia de trabalho na Atenção Básica! Não é mesmo?

Se cada território, família e sujeito são singulares, é no constante exercício de acolher que nos aproximamos dessas diversas formas de existência. Sendo assim, gestores e trabalhadores devem investir em processos

de educação permanente que ampliem os limites individuais e coletivos para o aperfeiçoamento dessas habilidades e competências. Neste sentido, o apoio matricial e temático dos NASF, seja através de rodas de conversa, de consultas e visitas domiciliares compartilhadas, de discussão de casos ou outras estratégias, são formas de formação voltadas para o processo de trabalho e que atingem ótimos resultados em diversos territórios. Portanto, a produção da saúde e o exercício do cuidado integral e longitudinal são diretrizes da Atenção Básica e consequentemente do SUS, que para sua realização exigem a construção de vínculos de confiança entre profissionais e usuários. Habilidade e competência em acolher é fundamental para essas construções.

### **Acolhimento não é somente um local da unidade/serviço**

O Acolhimento não é somente um espaço ou um local, mas uma postura ética, que não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo. Porém, se em nosso ambiente de trabalho temos a disponibilidade de um espaço qualificado e reservado para o acolhimento certamente vamos usá-lo e valorizá-lo, todavia o ato de acolher não pode ficar restrito ao que acontece nesse espaço.

Sendo uma postura ética para a construção do cuidado, ele deve ser executado em toda e qualquer relação, em qualquer espaço que possa garantir uma escuta qualificada. As vezes, um banco embaixo de uma frondosa mangueira pode se tornar um local excelente para a exposição de uma demanda. Tudo depende das circunstâncias e contextos do momento. Outra dúvida frequente é se o acolhimento só é exercido no primeiro encontro entre usuário e profissional. No cuidado longitudinal muitas vezes precisamos acolher novas questões ou demandas, acolher sentimentos, sofrimentos, preocupações, dúvidas, portanto a postura ética permanece para além da vinculação já produzida, ela é o reforço e elemento de sustentabilidade dessa relação.

## **O acolhimento não é exercido somente na porta de entrada ou recepção**

O acolhimento deve ser entendido como parte do processo de produção da saúde. Assim, deve ser utilizado desde a porta de entrada como uma estratégia que qualifica a relação, passível de ser apreendido e desenvolvido em todo e qualquer encontro no serviço de saúde<sup>7</sup>.

Novamente, a dimensão da postura ética do acolhimento em saúde nos ajuda a perceber que o usuário deve ser acolhido em todo e qualquer percurso de seu processo de cuidado. Certamente a recepção é a porta de entrada de qualquer serviço, é um espaço de importante relevância e deve ser analisado constantemente, se está realmente sendo um espaço para fomentar o acesso, acolher as diversidades, estar atento para a avaliação das vulnerabilidades e classificação dos riscos de cada situação e demanda. No entanto, esse processo de trabalho deve ser estendido para outros espaços no serviço, pois além de tratarmos de uma dimensão organizativa do processo de trabalho, estamos pautando um modo de relacionamento entre as pessoas que utilizam ou convivem no serviço.

É importante ressaltar que o acolhimento deve fazer parte da atuação de todos os profissionais. Entretanto, os espaços tidos como “porta de entrada” podem demandar o preparo de um grupo de profissionais, que sejam capazes de promover o contato inicial com o usuário, a identificação de suas demandas e a orientação com relação aos fluxos internos do serviço, bem como sobre a funcionalidade da rede de saúde local<sup>8</sup>.

## **Acolhimento não é um repasse de encaminhamentos para serviços especializados**

O acolhimento é uma construção de compromisso e responsabilização com o usuário, a partir da escuta qualificada e da atenção cotidiana do vínculo, onde temos a possibilidade de analisar com qualidade a queixa do usuário do SUS e transformá-la em demanda para o cuidado.

Em casos de avaliação da necessidade de construção de uma clínica ampliada e compartilhada com especialidades e/ou até mesmo demais serviços e recursos intersetoriais, necessitamos superar o encaminhamento que “passa o problema adiante”. O acolhimento não é uma ação pontual, fragmentada, isolada, muito menos descomprometida com processos de responsabilização e produção de vínculo. Para isso a gestão e os trabalhadores necessitam investir em processos de trabalho que possibilitem arranjos em rede. Seja no tempo para que as equipes realmente conheçam, caminhem, percorram o território para mapear e/ou cartografar suas vulnerabilidades e suas potências. Seja na participação de colegiados gestores das redes de saúde, como a RAPS; seja na participação de fóruns temáticos como em saúde mental, álcool e outras drogas; seja no exercício da visita domiciliar compartilhada, ou até mesmo no acompanhamento terapêutico desse usuário a outro serviço.

Eventos ou momentos de educação permanente com participação da rede intersetorial, de associações, movimentos sociais e demais entidades civis são acontecimentos valiosos para bons encontros com demais trabalhadores, formação de parcerias e compreensão das potencialidades e limites dessas instituições, pois permite conhecer as pessoas que formam a rede, ficando muito mais fácil compartilhar cuidado. Neste sentido, é fundamental recordarmos que o NASF é um grande recurso de apoio para articulações, formação/qualificação de rede intra e intersetorial, matriciamento, e outras criações junto as estratégias de saúde da família como elemento potencializador do cuidado e do acolhimento de pessoas em sofrimento psíquico na Atenção Básica.

### **Acolhimento é uma estratégia de intervenção nos processos de trabalho**

Até aqui explicitamos que o acolhimento é tanto uma postura ética para o cuidado quanto um modo de gestão para a organização do serviço.

Desta forma, o acolhimento surge em um modelo de saúde cuja centralidade está no sujeito e/ou no coletivo e não na doença. Isso exige uma constante reflexão sobre as ofertas disponíveis de cuidado executadas pelo serviço. Cabe sempre recordar que os serviços devem se moldar a partir das demandas do território e não a partir do que é mais cômodo para o serviço executar. Esse talvez seja um dos principais desafios da atenção básica, a flexibilidade frente às reais demandas do território. Portanto, devemos constantemente nos questionar sobre nossas ofertas, nossa agenda, nossas linhas programáticas e o nosso compromisso com o outro e o cuidado.

Em alguns casos, encontramos territórios onde a questão da violência entre adolescentes é imensa, afetando inclusive na relação que a equipe tem com a comunidade, todavia quando observamos os processos de trabalho não conseguimos perceber nenhum movimento para tentar pautar essa situação que afeta sobremaneira a saúde de toda a comunidade, inclusive dos profissionais que ali desenvolvem suas funções. Caso as equipes se sintam impotentes para criar estratégias que interfiram ou minimizem os danos dessa situação faz-se necessário buscar apoio, seja no SUS ou no intersetor, fomentar coletivos que possam experienciar ações e/ou criar novas ferramentas de trabalho.

Vamos pensar no acolhimento como um grande “termômetro” tanto para ter maior capacidade de compreensão do território quanto para a organização do próprio serviço. Porém com frequência acentuada de uma mesma demanda, esta pode revelar-se não efetiva, podendo estas ações que tinham como ação principal prevenir problemas passem a produzir um certo atrito com a população em relação ao serviço. Sendo assim, esse termômetro qualifica a análise de gestão, pois explicita questões como:

- A estrutura física inadequada;
- O número insuficiente de profissionais;
- A forma de organização dos serviços;
- A necessidade de educação permanente;

- A pertinência das prioridades (por exemplo, priorizar equivocadamente atividades com jovens em uma população predominantemente idosa);
- O estrangulamento da rede;
- Dificuldade do trabalho em equipe, entre outros.

## **Ferramentas para o acolhimento eficaz na atenção básica com ênfase em saúde mental**

Existem diversas formas de sofrimento humano que podem surgir em um dia de trabalho do profissional de saúde na atenção básica, sendo que muitas vezes parece que quanto maior a demanda de saúde para um determinado território, menores são as condições de trabalho que temos.

Neste sentido, é possível refletir como compreendemos e lidamos com tudo isso. Pois trabalhar cotidianamente com a responsabilidade de produzir cuidado para as pessoas parece uma atividade interminável, pois muitas vezes, suas famílias estão imersas em territórios com desafios, onde a solução nos parece distante, e que nos é percebido com capacidade limitada de governabilidade para enfrentá-los. Nessas condições, muitos profissionais aprenderam a lidar com o sofrimento através do distanciamento, do alargamento entre as relações humanas, sejam elas na relação entre trabalhador e usuário, gestor e trabalhador, ou até mesmo nas relações entre os colegas de uma mesma equipe. Esses trabalhadores, de modo geral e por diversas razões, criaram um modo de suportar o sofrimento presente no cotidiano através de um processo de trabalho por vezes pouco implicado, com tudo aquilo que remete ao modelo de trabalho prescritivo e verticalizado.

Portanto, para conseguir suportar as situações cotidianas os profissionais focam estritamente naquilo que a unidade oferece e muitas vezes não buscam novas estratégias para resolução de problemas relacionados às falas dos usuários, valorizando ou desvalorizando estas, ocorrendo as mesmas situações na relação com a gestão ou com as equipes. Ou seja, não há uma reflexão, nem o devido debate coletivo sobre a eficácia do processo terapêutico e de comunicação desenvolvido.

Por outro lado, existe a tendência do profissional nessa relação ficar atento aos sintomas da doença ou da linha programática a qual o usuário se encontra, observando a saúde a partir da ausência de doença e não relacionando os demais determinantes sociais, para além do biológicos que produzem o sofrimento para além ou com a doença, pois com o passar do tempo, existe a tendência do profissional tornar-se insatisfeito com o trabalho, perdendo sua capacidade de articulação, não permitindo a integralidade do cuidado.

De outro modo, temos também o profissional implicado, que ao ser afetado com o sofrimento dos usuários acaba criando um processo de trabalho distinto dos demais colegas, sendo que este envolvimento feito de modo solitário, sem composição com a equipe de trabalhadores, sobrecarrega a produção do cuidado, criando então a imagem de um profissional que resolve tudo sozinho, pois não consegue confiar na equipe ou nos demais serviços da rede. Mesmo sendo um profissional dinâmico, com uma relação de proximidade com os usuários, seu trabalho acaba virando fonte de sofrimento ao se impactar e não aceitar constantemente os tempos, limites e reais possibilidades de oferta dos serviços.

Como pode-se notar, os modos mais extremos de lidar com o sofrimento do e no trabalho acabam gerando impacto também na saúde desses profissionais. A capacidade de lidar com as questões trazidas pelos usuários exige tanto das habilidades e competências dos trabalhadores, quanto um processo de trabalho coletivo na Atenção Básica que esteja atento e preparado para receber essas demandas do território, de modo a criar mecanismos de trabalho vivo para a produção de resolutividade no cuidado as pessoas. Nesse sentido o acolhimento é uma diretriz operacional da reorganização do processo de trabalho.

Vejamos o caso a seguir:

Mesmo sem apresentar sintomas físicos preocupantes, a adolescente estava em profundo sofrimento psíquico, com ideação suicida, e não conseguiu expressar verbalmente esse sentimento para Eduardo no momento

de sua avaliação física. Essa situação despertou em Letícia e Lúcia a necessidade de discutir os processos de trabalho na unidade, para isso escolheram a roda de conversa como uma metodologia possível, além de prepararem alguns materiais para compartilhar o que entendem e pesquisaram sobre acolhimento na Atenção Básica.

A resistência de Eduardo em participar da roda de conversa, apesar de ter apoiado a mobilização dos demais trabalhadores, revela a baixa implicação do trabalhador, e provavelmente de alguns outros colegas, com novos investimentos e estratégias para melhorar a unidade. Essa situação pode ter sido desencadeada tanto pela dificuldade do trabalhador em lidar com sofrimento e conflitos, quanto por ações pontuais e verticalizadas da gestão, que ao serem executadas sem capacidade de planejamento, monitoramento e avaliação participativa e gerida, acabam desmotivando e fragilizando as equipes. Importante prestar atenção que para a médica Letícia, investir em acolhimento, no contexto atual daquela unidade, é intervir na saúde do trabalhador.

### **Acolhimento é o encontro para o cuidado**

Como vimos o acolhimento é uma habilidade e competência a ser exercida por todos os trabalhadores da saúde, porque afinal de contas todos são pessoas envolvidas com a produção de cuidado para os usuários ou para os coletivos no território. Portanto, faz-se necessário envolver todos os profissionais para discutir sobre essa diretriz, sejam eles servidores públicos, contratados, trabalhadores de empresas terceirizadas que trabalham na unidade de saúde e quaisquer outros profissionais do serviço.

[...] é importante lembrar o princípio do SUS de acesso e acolhimento universal, direito de todo cidadão. Mais do que oferta de serviços, o acesso é considerado um modo de acolher, ouvir e responder a cada um e a cada situação que vive. É um momento privilegiado para o estabelecimento de vínculos, para a escuta respeitosa das questões que preocupam a família [...]<sup>9</sup>.



Infelizmente ainda são poucas as experiências em gestão do trabalho na saúde que acolhem a entrada de profissionais em determinadas funções, serviços ou territórios. Lembram do enfermeiro Eduardo, que demonstrou resistência em participar das ações organizadas por Lúcia e Letícia? É provável que Eduardo, assim como muitos usuários, também não se sinta acolhido no serviço. Essa é uma realidade de muitos profissionais. Em muitos locais é comum que trabalhadores sejam lotados em determinados locais de trabalho sem ter conhecimento sobre o que é o SUS ou qual a função a ser desenvolvida naquele espaço.

Estar preparado, ou em preparação, para o encontro com o outro, seja ele usuário, colega de trabalho ou gestor, também é promover acolhimento, pois profissionais e serviços que não se sintam aptos para acolher devem ser motivados e incluídos em processos de educação permanente e matriciamento, bem como acompanhamento das discussões ou acolhimentos com colegas mais experientes. Quanto mais exercitarmos o acolhimento mais nos fortalecemos nesse encontro.

### **Esse encontro é uma disponibilidade ao outro e ao território**

Para que o ato de “estar com” ou “estar perto de” seja fidedigno, necessitamos criar momento e capacidade de disponibilidade ao outro e ao território. Essa disponibilidade também requer ser exercitada individualmente e nos coletivos para que promova o acolhimento. Quando tratamos de disponibilidade, estamos trazendo uma dimensão em que nos relacionamos com as pessoas, no desafio de não emitir julgamento moral, seja aos seus modos de existência ou ao que ela traz como sofrimento. Vivemos em uma sociedade alicerçada em diversos preconceitos, que estigmatizam modos de viver, distanciando completamente a capacidade de bons encontros. Precisamos perceber que nossos julgamentos morais sobre os outros e sobre o território geram profundas barreiras de acesso, prejudicando justamente as pessoas que se encontram em maior risco de vulnerabilidade.

O olhar, o escutar, o observar, o perceber e o entender a diversidade da forma de viver em família são fortemente influenciados pelas concepções de família, pelas crenças e valores de cada profissional. Mas essas barreiras culturais e de comunicação podem ser enfrentadas a partir de uma abordagem que favoreça a reflexão, o diálogo, a escuta e o acolhimento do usuário<sup>10</sup>.

Neste sentido, o preconceito apresentado por um profissional e o seu julgamento moral em relação a situação de saúde e/ou doença de um membro da comunidade, ou desqualificando sua expressão de sofrimento poderá produzir até mais sofrimento na pessoa do que a mesma apresentava no dia da procura pelo serviço de saúde.

### **Acolhimento exige escuta qualificada**

A escuta qualificada é uma forma de comunicação efetiva, que possibilita o reconhecimento da queixa e/ou problema, de modo que a pessoa se sinta compreendida em seu sofrimento físico ou psíquico. Portanto, não há espaço na escuta qualificada para desqualificação de sentimentos, pois precisamos inclusive estar atentos às formas de comunicação de determinadas populações, como por exemplo:

- a) Idosos que normalmente demandam mais tempo e menor aceleração no diálogo;
- b) Indígenas que, dependendo do povo, além de desenvolver o português como segunda língua ainda possuem toda uma cosmologia e um modo de habitar o mundo distinto da sociedade envolvente;
- c) Crianças que utilizam o imaginário como mais uma forma de expressão;
- d) Adolescentes que possuem uma grande ambivalência entre suas inseguranças e necessidades de afirmação; entre outros.

No caderno de atenção básica nº 34 diz que: “O profissional deve escutar a queixa, os medos e as expectativas, identificar os riscos e a vulnerabilidade, acolhendo também a avaliação do próprio usuário, e se responsabilizar para dar uma resposta ao problema”. Nesse funcionamento, o acolhimento deixa de ser uma “ação pontual e isolada dos

processos de produção de saúde e se multiplica em inúmeras outras ações, que, parte do complexo encontro entre o sujeito profissional de saúde e o sujeito demandante.”

A escuta qualificada deve ser antes de mais nada uma escuta investigativa, ou seja, é preciso a utilização de todos os sentidos para compreender informações, intervir e apurar sobre a situação do usuário. Ela deve ser composta por uma análise da demanda, que inclui as atividades de organização e avaliação entre demanda, necessidade, e desejo do usuário ou família. Transformar as queixas em demandas exige a construção de saber com o outro, bem como o incentivo a construção do autocuidado e do sentimento de pertença no processo terapêutico já nos primeiros momentos de cuidado. Devemos fazer isso porque as queixas, demandas ou pedidos nunca são necessariamente transparentes, muitas vezes eles se tornam mais claros para o usuário durante o diálogo com o trabalhador. Um incômodo, uma dor ou um sofrimento se revelam muitas vezes na capacidade de dialogar, por meio de uma escuta aberta, sem julgamentos morais. Ou seja, na escuta acolhedora que podemos produzir.

A avaliação da vulnerabilidade do sujeito e dos riscos envolvidos implica na atenção ao nível de sofrimento físico e psíquico. As vezes o usuário chega aparentemente bem na unidade de saúde, sem sinais visíveis de problemas físicos, mas pode necessitar de um atendimento intenso, com maior grau de risco do que outros pacientes aparentemente mais necessitados<sup>11</sup>.

Sem análise da demanda, o profissional pode acabar trabalhando de maneira mecânica no momento de registrar as queixas e condutas. Por vezes, a atuação se reduz à prescrição de procedimentos e medicamentos. Neste sentido, o acolhimento em uma unidade básica de saúde, que, a partir de uma simples solicitação de agendamento, pode se transformar em um complexo processo de cuidado<sup>12</sup>.

## **Construção de vínculo através da empatia e alteridade**

O encontro a partir da disponibilidade e da escuta qualificada são ferramentas importantes para a construção e/ou manutenção dos vínculos sociais. O sentimento do trabalhador em possuir um vínculo forte com as pessoas, as famílias e a comunidade é um indicador de que o acolhimento está sendo executado em alguma de suas dimensões. Para fortalecer esse processo é importante nos apropriarmos de dois conceitos/ ferramentas para nosso processo de trabalho.

O primeiro é a empatia, que apoia a construção de um vínculo pautado pela confiança, onde a pessoa com sofrimento percebe a capacidade do trabalhador em se aproximar da situação a qual ela está passando e acolher os sentimentos resultantes dela. Portanto, empatia é: a capacidade psicológica para sentir o que sentiria uma outra pessoa caso estivesse na mesma situação vivenciada por ela. É tentar compreender sentimentos e emoções que o outro indivíduo sente.<sup>13</sup>

O segundo conceito que trataremos aqui é o de alteridade, o qual implica o reconhecimento do outro como ser legítimo, como vida que deve ser cuidada e preservada, apesar dos estranhamentos e das diferenças as quais possuímos. Essa é uma premissa ética fundamental ao encontro com a diferença. Assim sendo, alteridade, vem de *alter*; “outro”, em latim. A alteridade refere-se à experiência internalizada da existência do outro, não como um objeto, mas como um outro sujeito presente no mundo das relações intersubjetivas.<sup>14</sup>

Esse conceito expressa a capacidade que temos em nos relacionar com as pessoas, de modo respeitoso e digno, independente se concordamos com seus modos de existência e seus desejos. Significa conseguir tolerar e apoiar o processo de cuidado, fomentando a participação e o autocuidado, compreendendo o tempo de cada pessoa e valorizando sua capacidade de escolhas e tomadas de decisão na vida, mesmo não concordando com elas.

## **Acolhimento exige apoio e incentivo para o protagonismo de usuários e famílias**

Na ESF o vínculo entre os profissionais de Saúde, família e comunidade é concebido como fundamental para que as ações da equipe tenham impacto positivo na saúde da população. Esse vínculo de confiança vai sendo fortalecido por meio da escuta, do acolhimento, da garantia da participação da família na construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), da valorização da família enquanto participante ativa do tratamento.<sup>15</sup>

Fomentar o sentimento de pertença e protagonismo para o cuidado em usuários e familiares também é uma habilidade importante para o acolhimento resolutivo. A capacidade de encontro, disponibilidade e escuta qualificada para a construção do vínculo já produz um sentimento de pertença do usuário com aquele serviço, que será influenciado pelas demais experiências de acesso e cuidado que ele possuiu, seja com aquele profissional ou equipe específica, seja em outro serviço.

Pessoas em situação de alta vulnerabilidade e que não acessam ou não tenham acesso a políticas públicas tem maior dificuldade de desenvolver esse sentimento, portanto devem ter maior investimento da equipe na construção dessa relação com o serviço. Para avaliarmos com maior propriedade a capacidade de pertença bem como o limiar de potencialidade para o protagonismo necessitamos criar ferramentas e pactuações com a equipe sobre questões de vulnerabilidades e riscos. Assim como o sentimento de pertença por determinado processo de cuidado, cada usuário ou família terá uma capacidade de protagonismo. Saber discernir essa capacidade é fundamental para evitar tanto a falta de assistência quando a tutela demasiada de uma equipe em seus usuários. É comum que no desenvolvimento do cuidado e na manutenção do vínculo os usuários vulneráveis, ao receberem a garantia de seus direitos, adquiram novas formas de protagonismo de seus projetos de vida, que devem ser acompanhados e constantemente repactuados em seus projetos terapêuticos.

## **Acolhimento é uma estratégia de intervenção na organização dos processos de trabalho**

Após pautarmos o que é o acolhimento e quais as ferramentas necessárias para desenvolvimento dessas habilidades e competências nos trabalhadores e gestores, necessitamos estudar os desdobramentos necessários para sua implantação e implementação nos serviços de atenção básica.

Cabe aqui recordar que um trabalhador bem formado e qualificado no acolhimento, desenvolvendo seu trabalho em uma equipe ou serviço que não possui desejo e nem se afeta pela mobilização para sua implantação e implementação, tem sua potência no exercício do acolhimento significativamente prejudicada.

Recordamos diversas vezes ao longo deste capítulo que o acolhimento é uma postura ética na produção do cuidado, mas também um modo de processo de trabalho, cuja premissa é um modelo de saúde pautado na valorização da vida, independente de que forma ela seja vivida. Contudo, essa centralidade no sujeito exige fortes arranjos institucionais, e que as demandas do território que “não se encaixam” na agenda, seja pela disponibilidade real ou por não se tratarem dos modelos programáticos desenvolvidos no serviço, devem ser analisadas, por meio de indicadores de discussão dos processos de trabalho, bem como da lógica de atenção básica ofertada no território, que permite ou fomenta esse jeito de fazer. Sendo assim, o acolhimento deve ser visto pelos diferentes olhares, das mais diferentes práticas de modo crítico, através dos desafios e potencialidades da implantação e implementação do cuidado.

### **Acolhimento na gestão dos processos de trabalho no sus**

Vejamos algumas questões que devem ser constantemente pautadas e analisadas nos coletivos e nas reuniões de equipe para colocar em prática o acolhimento resolutivo:

- a) Reconhecer o protagonismo do usuário e dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde;
- b) Valorizar e abrir possibilidades para o encontro entre o profissional, o usuário e sua rede social, entendendo a importância fundamental desse sistema no processo de produção de saúde;
- c) Reorganizar o serviço de saúde, partindo da problematização dos processos de trabalho, possibilitando a intervenção de toda a equipe multiprofissional encarregada da escuta e resolução do problema do usuário;
- d) Elaborar projeto terapêutico singular e coletivo, horizontalizando o cuidado;
- e) Fomentar mudanças na estrutura da gestão do serviço de saúde, de modo a ampliar a democratização nos espaços de discussão, promovendo a escuta, troca e tomada de decisões de forma coletiva. É importante garantir também o acolhimento dos profissionais e incentivar a acolhida às demandas da população;
- f) Promover uma postura de escuta e compromisso pautada no atendimento às necessidades de saúde dos usuários, levando em consideração a cultura, crença, saberes e capacidade de avaliação de riscos.
- g) Construir coletivamente as propostas de atuação em conjunto com a equipe local e com a rede de serviços e gestão de todos os níveis do sistema.

## **Acolhimento exige fortalecimento do acesso e da inclusão**

Os princípios da universalidade e da equidade devem ser incorporados no cotidiano das práticas de saúde na atenção básica para o acesso e responsabilização pelo cuidado. Quando tratamos de acesso faz-se necessário entendê-lo em suas diversas dimensões:

- Acesso as unidades de serviço como garantia do cuidado;
- Acesso a qualidade na assistência (escuta/ vínculo/ responsabilização/ resolutividade);
- Acesso à continuidade do cuidado de modo integral e longitudinal;
- Acesso à participação nos projetos terapêuticos e de produção de saúde (autonomia e protagonismo do cidadão-usuário e sua rede social);
- Acesso à saúde como bem com “valor de uso” e não como mercadoria (formas dignas/potentes de viver a vida com autonomia).

Desse modo estaremos provocando mudanças estruturais significativas que produzem um acolhimento conectado com as redes de atenção

à saúde, onde se produzem tecnologias e ferramentas para a realização da atenção básica como ordenadora do cuidado.

Serviços que incluem são serviços que, a partir de discussões da equipe e pactuação com as redes, desenvolveram instrumentos de avaliação e classificação de riscos e vulnerabilidades para sua população. O exercício cotidiano e analisador dessas estratégias no acolhimento qualificam o aprimoramento da produção de cuidado a partir da singularidade de cada usuário e/ou família. Desse modo a equipe percebe os graus de exigência que o serviço deve produzir na relação com o usuário, bem como os graus de exigência que a equipe deve se mobilizar para cada família.

Pessoas e famílias em alto grau de risco e vulnerabilidade exigem envolvimento e potencialidade inventiva maior das equipes do que pessoas e famílias com baixo grau de risco e/ou vulnerabilidade. Serviços de baixa exigência para o acesso do usuário possuem alta exigência e capacidade técnica para a equipe, pois o trabalho deve ser vivo, com relações horizontais e inventivo. Serviços de alta exigência para o acesso do usuário podem contar com equipes de baixa capacidade técnica, pois o trabalho é totalmente prescritivo, com relações verticalizadas e burocráticas.

### **Acolhimento exige atenção aos riscos e vulnerabilidades**

O acolhimento exige processos de trabalho que sejam potencializados para uma avaliação e classificação de riscos e/ou vulnerabilidades compatível com o território. A classificação de riscos é um dispositivo do acolhimento, cada vez mais utilizado nos serviços de urgência e emergência e se constitui pela adoção de protocolos de estratificação do risco. A utilização de tais protocolos e suas respectivas escalas tem impacto importante na qualidade do acesso desses serviços. Esses protocolos podem ser referência, mas necessariamente precisam ser ressignificados e ajustados quando se trata de atenção básica, principalmente quando pautamos o acesso e acolhimento tanto de sofrimento físico como de sofrimento psíquico.



Como vimos anteriormente na atenção básica a gestão do cuidado exige que estejamos atentos para combinação do olhar entre riscos e vulnerabilidades. Os critérios de vulnerabilidades, subjetivas, psíquicas e sociais, devem ser produzidos de modo coletivo entre as equipes com vistas a garantir que as especificidades do território sejam realmente pautadas. Por exemplo, territórios que contenham instituições de encarceramento, instituições de abrigos, espaços públicos de grande circulação, locais de permanência de pessoas em situação de rua, proximidades com comunidades tradicionais, áreas de risco de alagamentos ou desabamentos, prostíbulos ou cabarés, ocupações, etc., tem maior vulnerabilidade em relação as demais áreas.

Para além de estratificações de vulnerabilidades a partir de espaços geográficos, devemos também discernir sobre as situações das pessoas ou famílias que possam estar em vulnerabilidade, por exemplo: adolescentes gestantes, famílias com pessoas em cuidados paliativos, pessoas que recentemente tiveram diagnósticos de difícil compreensão (câncer, HIV/AIDS, Tuberculose), pessoas com diagnósticos de doença mental, usuários de álcool e outras drogas, etc; nestas situações a pactuação coletiva entre trabalhadores e gestão dessas ferramentas de trabalho na implantação do acolhimento facilitam sobremaneira a organização do trabalho e priorização de procedimentos e atendimentos de demandas.

Para uma capacidade de acolhimento efetiva as unidades de saúde necessitam discutir os modelos e agendas de atendimentos para garantir acesso também às demandas espontâneas.

### **Afinal como produzir um acolhimento efetivo?**

Como podemos notar no decorrer desse capítulo, o acolhimento é uma ação complexa, cheia de nuances, com necessidades de investimento tanto na formação dos trabalhadores quanto na construção coletiva de processos de trabalho, e isso exige a superação de grandes desafios. Neste

sentido, pautamos questões norteadoras para a efetividade do acolhimento, que surgiram por meio da experimentação cotidiana de gestores, trabalhadores e usuários na construção das políticas de atenção básica, saúde mental e humanização do SUS.

Por outro lado, podemos ver alguns métodos que adquiriram acúmulo a partir da experiência de implantação e implementação em distintos territórios. Todavia, nunca é pouco destacar, que cada estratégia deve ser constituída a partir do território no qual será executada. Essa é a grande potencialidade da atenção básica em saúde, a produção do cuidado a partir dos desafios e potencialidades dos sujeitos, famílias e territórios.

Uma grande referência de implantação a partir da realidade do território é experiência do acolhimento no município de Betim-MG. Em 1995, a Secretaria Municipal de Saúde propôs uma mudança no sistema da rede de saúde. A proposta resumia-se à garantia do acesso a todas as pessoas que procurassem o serviço de saúde, induzindo aos trabalhadores a escutá-las, acolhê-las e resolver os problemas assinalados.

A primeira questão comum em diversas experiências: sem mudança no fazer em saúde não há acolhimento. Faz-se necessário problematizar o processo de trabalho com foco nas relações e na capacidade de inclusão. Construir a percepção do usuário e sua rede social como protagonista, participante ativo no seu processo de saúde. Além de mudança na relação profissional/usuário, profissional/profissional, profissional/gestor, através de parâmetros éticos, técnicos, de solidariedade e defesa da vida (gestão compartilhada do cuidado).

Territórios que enfrentaram essas premissas desenvolveram:

- a) sintonização da agenda da equipe de acordo com a demanda, concebida a partir de estudo contínuo da demanda espontânea e programada, bem como estudo do território;
- b) Atenção Básica com adscrição clara de clientela;
- c) Utilização de várias filas para necessidades distintas. Por exemplo, usuários que vão pegar medicação ou trocar receita, fazer curativo, pedir para medir P.A, etc., não devem seguir o mesmo caminho;

- d) Agentes Comunitários de Saúde bem formados e com participação ativa nas discussões de equipes e acompanhamento dos casos. Fazendo visitas domiciliares, acolhendo dúvidas, discutindo com equipe usuários que precisam de atendimento rápido e aqueles que podem ser agendados posteriormente. Equipes podem criar rodízio de comunicação através de celular com ACS, possibilitando à população acesso direto para agendamento, esclarecimento de dúvidas, retorno do médico ou enfermeiro, entre outras possibilidades.
- e) Preparação para compreender e lidar com o sofrimento singular, com pessoas e suas necessidades, e não apenas com doenças;
- f) Pactuação entre a equipe e os usuários de forma constante, visando atender às necessidades de saúde da população de maneira adequada. Discutir continuamente essa proposta com a população possibilitará a ampliação da escuta.
- g) fazer ativação e mobilização de redes sociais e movimentos: tríplice inclusão (gestão, trabalhador e usuários);

A dinâmica do acolhimento pode revelar problemas complexos, colocando profissionais diante dessas situações. A resolução dependerá da interação da equipe, do envolvimento intra e intersetorial e da relação com o usuário e sua rede de apoio. Os protocolos técnicos podem contribuir para a definição de prioridades.

A elaboração dos protocolos deve ser realizada a partir da intervenção multiprofissional, legitimando a inserção de todos os profissionais. Desse modo foram concebidas algumas modalidades de processo de trabalho para organização do acolhimento na Atenção Básica:

1. Acolhimento pela equipe de referência do usuário.
  - O acolhimento pela equipe de referência do usuário possui como vantagem a responsabilização entre equipe e população, além da potencialização do vínculo. Tem como fator dificultador a capacidade de conciliação com os atendimentos programados nos dias em que a demanda espontânea é alta; conciliação com as atividades da equipe fora da unidade.
2. Equipe de acolhimento do dia.
  - A equipe de acolhimento do dia possui como vantagem que a organização das equipes que não estão “escaladas” pode realizar as atividades programadas com mais facilidade. Possuem como desvantagem uma possibilidade de menor responsabilização e vínculo entre equipe e população adscrita.
3. Acolhimento Misto

- Realizado por equipe de referência do usuário aliada a equipe de acolhimento do dia. Modalidade intermediária entre acolhimento por equipe e acolhimento do dia, mas requer comunicação intensa entre equipes e alguns instrumentos para facilitar a gestão das agendas e processos de cuidado.

#### 4. Acolhimento coletivo

- Esse tipo de acolhimento permite envolver toda a equipe na primeira escuta, possibilitando a identificação do usuário com risco e sofrimento mais evidentes, contribuindo com a capacidade de auto avaliação dos riscos pelos usuários. Inconvenientes: possível constrangimento pela exposição; riscos e vulnerabilidades pouco evidentes demandam articulação com escuta individualizada.

Com base nos conteúdos e exemplos vistos neste capítulo, procure sempre avaliar como se dá o acolhimento no serviço ao qual você está vinculado, mas de forma crítica, reflexiva dentro de padrões éticos e morais, propondo sempre melhorias nas ações em saúde, centrado sempre no sujeito, que é um ser indivisível e singular e que muitas vezes esta sofrendo calado a espera de uma escuta qualificada e afetuosa.

Finalizamos aqui o primeiro capítulo deste livro, onde é possível compreender qual o conceito de acolhimento que o Sistema Único de Saúde preconiza através da Política Nacional de Humanização em Saúde, e que para uma implantação e implementação eficaz necessitamos de investimentos formativos para o desenvolvimento de habilidades e competências dos profissionais, além de processos organizativos no ambiente de trabalho e na qualificação das equipes de atenção à saúde.

## Referências

1. BRASIL. Caderno de Textos e Cartilhas da Política Nacional de Humanização. PG 76. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_textos\\_cartilhas\\_politica\\_humanizacao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf).
2. Para recordarmos os princípios do SUS você pode assistir esse vídeo: <https://youtu.be/PzVxQkNyqLs>

3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. - 2. ed. 5. reimp. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. pg 06. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKewiU\\_eClso7fAhXNuVkJKHw\\_gDUoQFjAAegQIBxAC&url=http%3A%2F%2Fbvsmms.saude.gov.br%2Fbvvs%2Fpublicacoes%2Facolhimento\\_praticas\\_produ](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKewiU_eClso7fAhXNuVkJKHw_gDUoQFjAAegQIBxAC&url=http%3A%2F%2Fbvsmms.saude.gov.br%2Fbvvs%2Fpublicacoes%2Facolhimento_praticas_produ)
4. BRASIL. Caderno de Textos e Cartilhas da Política Nacional de Humanização. PG 14. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_textos\\_cartilhas\\_politica\\_humanizacao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf).
5. COELHO, Jorge. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000800026&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000800026&script=sci_abstract&tlng=pt)
6. BRASIL. Caderno de Textos e Cartilhas da Política Nacional de Humanização. PG 77. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_textos\\_cartilhas\\_politica\\_humanizacao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf).
7. BRASIL. Caderno de Textos e Cartilhas da Política Nacional de Humanização. PG 81. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_textos\\_cartilhas\\_politica\\_humanizacao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf).
8. BRASIL. Cadernos de Atenção Básica n 34. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013. pg 105. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_34\\_saude\\_mental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf).
9. BRASIL. Cadernos de Atenção Básica n 34. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013. pg 63. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_34\\_saude\\_mental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf).
10. BRASIL. Caderno de Textos e Cartilhas da Política Nacional de Humanização. PG 153. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_textos\\_cartilhas\\_politica\\_humanizacao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf).

11. RUIZ, Erasmo. Empatia: quero olhar pelo seu olhar. Rede HumanizaSUS. Disponível em: <http://redehumanizasus.net/88791-empatia-quero-olhar-pelo-seu-olhar/>
12. BRASIL. Caderno de Textos e Cartilhas da Política Nacional de Humanização. PG 15. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_textos\\_cartilhas\\_politica\\_humanizacao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf).
13. BRASIL. Cadernos de Atenção Básica n 34. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013. pg 65. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_34\\_saude\\_mental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf).
14. BRASIL. Caderno de Textos e Cartilhas da Política Nacional de Humanização. PG 79. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_textos\\_cartilhas\\_politica\\_humanizacao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf).

## Capítulo 2

### **Identificação de problemas e transtornos mentais na atenção básica**

*Dinarte Alexandre Prietto Ballester*

#### **Transtornos mentais na atenção básica**

Os problemas de saúde mental, ao contrário do que podem parecer, são bastante comuns na prática da atenção básica. Se considerarmos os estudos epidemiológicos realizados no Brasil e em outros países, uma em cada duas pessoas que buscam atendimento trazem algum problema psicossocial. E a cada três ou quatro pessoas, uma delas poderá estar sofrendo algum transtorno mental<sup>1,2</sup>.

Nesse capítulo o objetivo é melhorar a habilidade para identificar problemas e possíveis transtornos mentais na população atendida nos serviços básicos de saúde, utilizando instrumentos de rastreamento para transtornos mentais comuns (ansiedade, depressão, somatização), abuso do álcool, dependência do tabaco e risco de suicídio.

Para começo de conversa, é fundamental diferenciarmos o que chamamos um “problema” de um “transtorno” mental. Os problemas, chamados psicossociais porque geralmente envolvem estressores ambientais e situação socioeconômica, que repercutem nas emoções e no comportamento das pessoas, são muito frequentes e, mesmo que não configurem um “diagnóstico”, podem causar sofrimento intenso e persistente. As pessoas procuram os serviços de saúde, especialmente na atenção básica e nos pronto-atendimentos, porque necessitam algum alívio para esse

sofrimento, que demanda alguma intervenção, muitas vezes sendo suficiente para aquele momento uma escuta dedicada.

Porém, os transtornos mentais, que são identificados através de critérios diagnósticos nas classificações como a CID-10<sup>3</sup> e sua versão para cuidados primários, também são comuns, tanto quanto a hipertensão arterial, o diabetes e outros problemas de saúde, que fazem parte da rotina da atenção primária. Como não existem testes diagnósticos de laboratório ou imagem que sejam suficientes para identificar os transtornos mentais, apenas o conhecimento dos profissionais de saúde e a disposição em cuidar da saúde mental da comunidade serão os seus instrumentos de trabalho. Uma vez identificadas, as pessoas que estejam com algum transtorno mental também irão necessitar de intervenções apropriadas. Diante de problemas ou transtornos, a questão é: qual a intervenção mais adequada para cada situação?

No dia-a-dia dos serviços de saúde, com as limitações de tempo e espaço para o atendimento, ou na ausência de intervenções psicossociais mais específicas, os profissionais se veem com poucas alternativas de ação, resultando na prescrição de um psicofármaco ou no encaminhamento para um serviço especializado em saúde mental. Assim sendo, neste capítulo vamos nos dedicar a qualificar a nossa capacidade de identificação de alguns problemas e transtornos, com a ajuda de instrumentos que foram desenvolvidos para esta finalidade, já conhecidos e adaptados à nossa realidade, como por exemplo o Cartão Babel<sup>4</sup> que você poderá acessar na internet, e que são de domínio público, qualificando desta forma o seu trabalho dentro do campo da atenção psicossocial.

Antes de falarmos dos transtornos, vamos conversar sobre os riscos para a saúde mental e revisar alguns tópicos sobre o exame do estado mental, que é fundamental para o desenvolvimento de habilidades para identificar as pessoas que possam necessitar de intervenções mais específicas, sejam elas medicamentosas ou psicossociais.



## **Risco para transtornos mentais**

É bastante comum que as pessoas atribuam alguma causa ao seu sofrimento, o que pode envolver o seu estado de saúde, outras pessoas, o ambiente etc. Em relação à saúde mental e suas perturbações, isso é ainda mais nebuloso, e aqui o dito popular “de médico e de louco todo mundo tem um pouco” costuma causar confusão. Os transtornos mentais se denominam dessa forma, e não como “doenças”, exatamente porque lhes faltam limites precisos entre agente etiológico, evolução e prognóstico, como é bem mais definido numa infecção, por exemplo. Portanto, os problemas e transtornos mentais são multifatoriais, sendo difícil atribuir-lhes uma única causa. A sua compreensão exige um modelo complexo, que leve em conta o ambiente, aí incluída toda a complexidade das sociedades humanas, as experiências emocionais vividas desde a concepção e nascimento, o substrato biológico que nos constitui como corpo, indivíduo semelhante, mas único na sua espécie<sup>5</sup>.

É fácil considerar que todos nós estamos sujeitos a estressores psicossociais, que fazem parte da nossa vida de relação com familiares, amigos, colegas de trabalho, e no caso dos profissionais de saúde, os usuários dos serviços de saúde. Além disso, a sobrevivência diária num ambiente por vezes hostil, as memórias do passado e as incertezas do presente e do futuro. Algumas pessoas, dependendo da capacidade de resiliência frente a esses problemas da vida, irão experimentar períodos de sofrimento mental e maior exposição ao risco de adoecer em sua compleição física e mental.

Como já dissemos, os transtornos mentais são definidos por critérios diagnósticos, que se caracterizam por sintomas, períodos de tempo, graus de intensidade e incapacitação, comorbidades entre si e com outras condições médicas. No dia-a-dia dos serviços não é algo fácil ter à mão um manual diagnóstico, como a CID ou o DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana)<sup>6</sup>, para consultar enquanto atendemos as pessoas. Quando um sofrimento que se

expressa como tristeza poderá ser diagnosticado como depressão? Aquela inquietação e ansiedade que há tempos incomodam o usuário do nosso serviço seria um transtorno mental?

O uso daquela bebida alcoólica pode estar sendo prejudicial para algumas pessoas da comunidade? São questões por vezes difíceis de esclarecer se não conhecermos bem as pessoas, suas famílias e a comunidade onde está inserido o nosso serviço. Por isso mesmo, a atenção primária à saúde proporciona muitas oportunidades para a prevenção e a identificação precoce dos problemas e transtornos mentais.

Embora as classificações se proponham a ter critérios diagnósticos com base em estudos populacionais, que testam a validade e a confiabilidade entre avaliadores, nem sempre tudo é tão verificável e “estatístico” na realidade. Na clientela da atenção primária, considerando o espectro entre problemas e transtornos mentais, há uma miríade de condições subclínicas, que não chegam a contemplar todos os critérios para um diagnóstico segundo a classificação, mas causam sofrimento e levam as pessoas a buscarem a ajuda dos profissionais de saúde.

Os determinantes sociais de saúde e doença, tais como renda, educação, nutrição, higiene, habitação, abastecimento de água e saneamento, exposição à violência no campo e nas cidades, dentre outros fatores, irão influenciar na expressão dos problemas e transtornos mentais, que devem ser considerados em sua complexidade, para além de meros problemas médicos. Por outro lado, os novos conhecimentos sobre as causas, a prevenção e o tratamento desses transtornos, e a introdução de políticas de intervenção mais acessíveis, combinando mudanças estruturais e ações de indivíduos, tem trazido benefícios substanciais, embora sempre sujeito a retrocessos.

Nesse contexto, a depressão tem se tornado um mal da atualidade, ocupando o quarto lugar entre as dez principais patologias em nível mundial, sendo que as projeções indicam que, nos próximos anos, ocupará a segunda posição nos indicadores de carga de doença, sendo uma das principais causas de incapacitação e afastamento laboral. As pesquisas

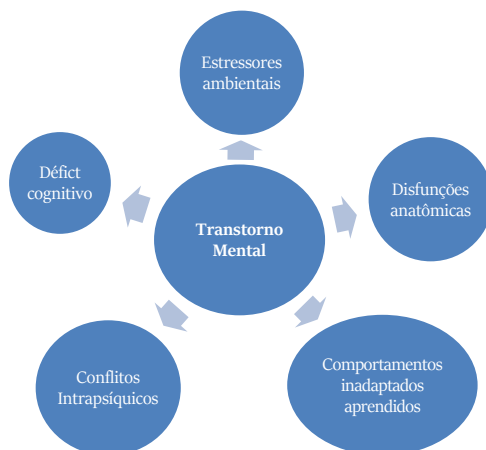
apontam que, ao redor do mundo, “cerca de 70 milhões de indivíduos sofrem de dependência ao álcool e outros 24 milhões de esquizofrenia. Um milhão de pessoas comete suicídio anualmente, sendo que entre 10 e 20 milhões tentam suicidar-se”<sup>7</sup>.

Portanto, quase todas as pessoas experimentam, em si ou em suas famílias e conhecidos, alguma perturbação mental. Os transtornos mentais tornaram-se um desafio para o desenvolvimento global da saúde, pois são doenças crônicas que ameaçam a qualidade de vida e geram forte impacto na economia e saúde nos mais diversos países.

Para fortalecer os fatores de proteção contra os transtornos mentais, é essencial a implementação de ações assistências e incentivo à pesquisa. Já o desenvolvimento dos fatores de risco está relacionado a diferentes aspectos, como ambientais, hereditários e outros. Os fatores de risco são entendidos como a probabilidade de uma pessoa com saúde adquirir uma doença quando exposta. Esses aspectos sozinhos não são determinantes para o desenvolvimento de uma doença ou transtorno, mas associados podem aumentar a probabilidade da ocorrência.

Alguns dos principais riscos para transtornos mentais são apresentados na Figura 1:

Figura 1 - Fatores de risco para os transtornos mentais



Fonte: Chiaverini, 2011.

É possível afirmar, a partir de diferentes aspectos, que os fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais estão presentes antes mesmo do nascimento<sup>8</sup>. Mas, mesmo que haja correlação direta entre carga genética e risco, somente a questão genética não determina o desenvolvimento de um transtorno, apenas favorece um modelo aditivo de interação entre fatores genéticos e ambientais<sup>9,10,11</sup>.

Esses fatores, em conjunto, em uma fase fragilizada do indivíduo, podem ocasionar uma cadeia de eventos que alteram o desenvolvimento cerebral, podendo gerar assim uma estrutura mais vulnerável ao surgimento e à perpetuação de transtornos mentais<sup>12,13,14,15</sup>. Por isso, é essencial fortalecer as potencialidades do sujeito, bem como seus vínculos sociais e metas de vida.

Desta forma, o desenvolvimento da depressão depende da influência de diversos fatores de risco, relacionados a aspectos ambientais e constitucionais, tais como citados por Dowlati<sup>16</sup> (2010):

- Histórico na família de depressão ou suicídio
- Experiências traumáticas que ocorreram na infância
- Fraco ou inexistente suporte social
- Baixo nível socioeconômico
- Abuso de drogas (lícitas ou ilícitas)
- Puerpério
- Residir em área urbana
- Ser portador de condição clínica grave/crônica; por exemplo: câncer, HIV, Alzheimer, diabetes, etc.
- Eventos de vida estressores; por exemplo: alteração intensa de rotina, perda de um ente querido ou desemprego.

Pessoas que possuem doenças crônicas tem maior propensão a tornarem-se deprimidos, baseado na teoria da depressão como uma afecção com componente inflamatório<sup>17</sup>.

Com relação a gestação, acredita-se que mesmo sendo uma situação desejada é sempre geradora de estresse. Assim, alguns fatores de risco nessa situação são: baixo nível econômico e educacional, desemprego,

idade em que engravidou e falta de suporte, histórico familiar com transtornos de humor, eventos negativos, conflitos conjugais e familiares, falta de apoio social e percepção com relação à gravidez. Existem ainda estudos a respeito da associação com o tabagismo e abuso de drogas, sem relação de causa e efeito bem estabelecida<sup>18</sup>.

No que se refere à população geriátrica, pode-se afirmar que alguns fatores biológicos estão associados à depressão tardia, como má regulação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, alterações do ciclo do sono e de outros ritmos circadianos, deficiência de folato e de vitamina B12 e níveis aumentados de homocisteína. São considerados fatores de risco o estresse, a perda da autonomia ou frustração e dificuldades para a realização de atividades cotidianas e o fraco ou inexistente suporte social e familiar. Nas mulheres, a menopausa também pode ser um fator importante<sup>19</sup>.

A Figura 2 demonstra as várias fases do ciclo vital, e os principais fatores de risco existentes em cada uma delas.

Figura 2 - Fases do ciclo vital e fatores de risco

| Concepção  | Gestação   | Infância  | Adolescência   | Vida adulta  | Terceira idade   |
|--|--|---|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Herança genética</li> <li>• Infecções perinatais</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Privação do sono</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desnutrição</li> <li>• Fraco suporte social</li> <li>• Abuso sexual</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menor nível educacional</li> <li>• Negligência</li> <li>• Abuso de drogas</li> <li>• Experiências traumáticas</li> <li>• Autoimagem negativa</li> <li>• Alterações hormonais</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Baixo nível socioeconômico</li> <li>• Falta de relações interpessoais</li> <li>• Gestação indesejada</li> <li>• Conflitos conjugais</li> <li>• Puerpério</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perda da autonomia</li> <li>• Doenças crônicas</li> <li>• Desequilíbrios hormonais</li> <li>• Ritmo circadiano</li> </ul> |

Fonte: Chiaverini, 2011.

No que se refere à prevenção e tratamento, os fatores de risco são um grande desafio, e, ao mesmo tempo, uma grande oportunidade. Faz-se necessário um trabalho conjunto da comunidade, da família e de diferentes setores, que vão além da atuação em saúde. A qualidade dos serviços e a

articulação entre eles também são fundamentais, para um trabalho de grande complexidade, mas de fundamental importância, que merece ser priorizado nas políticas públicas.

## **O exame do estado mental: funcionamento normal e sinais e sintomas dos transtornos mentais**

Avaliar o estado mental é uma prática essencial no cuidado em saúde mental. Existem várias orientações a respeito de como avaliar as funções psíquicas.

É importante ressaltar que a noção de “normal” é variável, a depender no meio social e cultural, e por isso, deve sempre ser levada em consideração na ocasião de uma avaliação. Algumas manifestações religiosas, por exemplo, representam expressões culturais, e não devem ser avaliadas como patológicas.

Esse modelo de avaliação está dividido em blocos, que compreendem desde a consciência, expressa no nível de funcionamento do sistema nervoso, até funções mais elaboradas, tais como a pensamento, humor, sensopercepção e expressão através do afeto. Avalia também funções cognitivas, tais como orientação, atenção, memória, inteligência e linguagem.

A maioria das funções podem ser avaliadas por meio de uma conversa ou num processo de atendimento rotineiro. Por isso, não é indicado esperar o “momento ideal” para realizar a avaliação, mas realizá-la no decorrer do processo de atendimento, de modo que esteja entrelaçada com a prática. Eventualmente será necessário investigar de forma mais detalhada alguma função. Assim, é possível pedir que a pessoa explique melhor determinado pensamento ou opinião.

Para reforçar quais aspectos devem ser avaliados num exame de estado mental, há uma mnemônica simples: ASMOC PLIAC. Significa Atenção-Sensopercepção-Memória-Orientação-Consciência e Pensamento-Linguagem-Inteligência-Afeto-Condução. Alguns profissionais

incluem também avaliação do juízo crítico, que é a capacidade de avaliação baseada na realidade.

Consulte a seção do Cartão Babel<sup>4</sup> (anexo) que descreve o exame das funções psíquicas. Leve o cartão no bolso do seu jaleco, ou deixe-o sobre a sua mesa de trabalho no dia-a-dia do atendimento no Serviço de Saúde. Após um tempo de prática você acabará incorporando o exame do estado mental na sua prática. <sup>1</sup>

### **Transtornos mentais comuns (TMC): depressão, ansiedade, somatização.**

Entende-se como transtornos mentais e comportamentais as condições clinicamente significativas caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor (emoções) ou por comportamentos associados com angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento. Os Transtornos Mentais e Comportamentais não constituem apenas variações dentro da escala do "normal", sendo antes, fenômenos claramente anormais ou patológicos. Os transtornos mentais comuns (TMC) incluem sintomas depressivos, ansiosos e somatização, manifestações que são influenciadas pelas condições socioeconômicas e culturais da população.

Nos casos em que os transtornos mentais estão presentes, há algumas recomendações para o acolhimento do usuário nas unidades de saúde:

- 1) Promover a escuta qualificada, sem desvalorizar ou menosprezar a sua percepção e conhecimento.
- 2) Examiná-lo a fim de investigar sobre patologias orgânicas que justifiquem a queixa, tranquilizando-o com a atenção dispensada.
- 3) Buscar informações sobre a sua vida em geral e sua rede de apoio.
- 4) Verificar se o usuário relaciona os sintomas com algum acontecimento (perda de emprego ou morte de um parente, por exemplo).

---

<sup>1</sup> Para visualizar uma aplicação do Mini Exame do Estado Mental presente no Cartão Babel assista aos dois vídeos que se seguem em sequência: <https://www.youtube.com/watch?v=5DWorlektAA> e [https://www.youtube.com/watch?v=CXU5u8f5h\\_o](https://www.youtube.com/watch?v=CXU5u8f5h_o)

- 5) Avaliar o estado mental e a gravidade do seu sofrimento.
- 6) Questioná-lo a respeito de qual tipo de apoio seria de sua preferência na superação do problema.

Para uma visão integrada de sofrimento mental e físico, pois é comum que o sofrimento mental também se expresse através de queixas físicas, o usuário necessitará de esclarecimento e apoio para fortalecimento e enfrentamento dos problemas. Assim, a equipe de saúde deverá oferecer espaços de escuta e acolhimento, como por exemplo, participação em grupos e em atividades que promovem o contato, como a atividade física ou o desenvolvimento de trabalhos manuais, ou ainda incentivo aos espaços sociais comunitários, entre outras ações.

Para alguns casos, poderá ser útil a visita domiciliar, e alguns poderão necessitar discussão com o matriciamento em saúde mental ou referência para serviços especializados.

Alguns princípios que norteiam sobre a necessidade de cuidado dos usuários são:

- 1) Quando os critérios de classificação utilizados nos manuais internacionais indicam a existência de um transtorno mental; o Cartão Babel (em anexo no final deste capítulo), apresenta alguns instrumentos de triagem para ansiedade e depressão baseados nestes critérios.<sup>2</sup>
- 2) Em alguns casos deverá ser considerada a utilização de medicação, o que poderá proporcionar alívio e capacidade de enfrentamento, reduzindo o tempo de evolução e a gravidade do transtorno.
- 3) Quando o paciente apresenta comprometimento funcional, com prejuízos ou impactos em sua vida laboral, pessoal e familiar.

Outros pontos a serem verificados são:

- O comprometimento da saúde física e o risco de suicídio;
- Os transtornos ansiosos podem se manifestar com crises de pânico, que podem ser muito incapacitantes;

---

<sup>2</sup> Para visualizar uma aplicação do Cartão Babel relativa a uma sondagem inicial sobre depressão e ansiedade assista aos vídeos dos links: <https://www.youtube.com/watch?v=oraR8hgB5Y8> e [https://www.youtube.com/watch?v=BtvJVbj\\_2Vw&t=23s](https://www.youtube.com/watch?v=BtvJVbj_2Vw&t=23s)



- Se as queixas somáticas tem outra explicação médica, e se trazem algum prejuízo laboral ou familiar;
- As queixas somáticas devem ser valorizadas, mas não precisam ser o único foco do atendimento, que pode ser ampliado para conversar sobre suas dificuldades pessoais e seus relacionamentos.

A equipe que atenção primária, por meio do vínculo com o usuário e sua família, tem várias possibilidades de intervenção. O acolhimento e escuta são estratégias fundamentais, de modo a permitir a reflexão e a possibilidade de enfrentamento do sofrimento que advém de problemas da vida, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida do usuário. Algumas orientações sobre técnicas grupais podem ser encontradas no Guia de Matriciamento em Saúde Mental <sup>20</sup>.

Os profissionais já são bastante exigidos no trabalho das Unidades Básicas, e lidar com problemas mentais pode parecer algo para além da sua competência, ou ser visto como um aumento da demanda de atendimentos. A experiência com a capacitação das equipes de saúde tem demonstrado que estas competências podem ser desenvolvidas, através da aquisição de conhecimentos sob medida para a atenção básica, a interação com os especialistas dos CAPS ou Equipes Multiprofissionais, a prática no dia-a-dia do serviço e o desejo de prestar um atendimento integral à saúde da população. Como a epidemiologia já nos revelou, não necessariamente haverá um aumento da demanda, pois estes usuários já estão sendo atendidos pela UBS ou são moradores da sua área de abrangência, só que se apresentam através de queixas físicas ou outras condições médicas.

Existem algumas dificuldades enfrentadas pelos profissionais no processo de detecção e cuidado aos transtornos mentais comuns. Os principais são:

- 1) Pacientes em sofrimento mental que procuram as equipes da atenção primária são diferentes daqueles atendidos na atenção especializada; pode-se afirmar que existe uma clínica específica para os transtornos mentais na atenção primária.

- 2) Pode haver dificuldade em delimitar a fronteira entre o sofrimento emocional, considerado “normal”, mas que necessita de acolhimento e escuta, e um transtorno mental, que é um processo patológico que necessita de tratamento e acompanhamento.
- 3) É comum os usuários buscarem atendimento para sintomas físicos sem explicação médica, sob uma linguagem culturalmente determinada como, por exemplo, queixar-se de “sofrer dos nervos”.
- 4) As classificações nosológicas, com critérios categoriais, nem sempre se adaptam aos cuidados na atenção básica; existem classificações específicas para a saúde mental na atenção primária, tais como a Classificação Internacional de Doenças, Versão para Cuidados Primários (CID10-CP) e Classificação Internacional de Cuidados Primários (ICPC, sigla em inglês).

### Alguns pontos que merecem atenção especial:

- 1) Prescrições de benzodiazepínicos e outros ansiolíticos sem acompanhamento regular; a “renovação” de receitas não deve ser feita de modo contínuo e indiscriminado, revisando a condição dos pacientes em intervalos estabelecidos individualmente, que não ultrapassem 3 a 6 meses; os fármacos devem ser utilizados corretamente, em conjunto com apoio psicossocial e outras atividades de suporte;
- 2) O uso inadequado de antidepressivos, por vezes em subdoses ou por tempo insuficiente; quando uma medicação é prescrita, ela deve ser usada com a dose indicada, e pelo tempo adequado;
- 3) Problemas na referência para atendimento em serviços de saúde mental: dificuldade de acesso ao serviço especializado, não comparecimento em atendimento agendado, circulação descoordenada por diversos serviços de saúde.

Os transtornos mentais comuns fazem parte da demanda característica da atenção básica. Os vínculos com a equipe, o usuário e sua família, poderão facilitar a identificação e o manejo desses problemas<sup>21</sup>.

## Avaliação do risco de suicídio

A prevenção do suicídio é também parte do cotidiano das equipes de saúde, por meio do contato continuado de pessoas em situação de vulnerabilidade. Partindo desse pressuposto, é importante compreender alguns conceitos.

- O suicídio em si é o ato de violência autoprovocada que resulta em morte, com evidências de que havia intenção de morrer.
- A ideação suicida é o pensamento sobre a morte e o morrer; pode ser representado de modo tênue, como a vontade de desaparecer, ou mais grave, com a formação de um plano que indique a possibilidade de concretizar o suicídio.
- A intenção suicida é o desejo subjetivo de que um ato autodestrutivo resulte em morte.
- O comportamento suicida refere-se a um conjunto de ações com a intenção de efetivar o suicídio; deve ser avaliada a letalidade deste comportamento, ou seja, o quanto a ação de fato incorreu em risco à vida.
- A tentativa de suicídio é um ato autodestrutivo com intenção de morrer, mas que não alcançou o objetivo final, sendo um ato de consequências não fatais.
- O risco de suicídio refere-se à probabilidade de um suicídio ser efetivamente cometido, a partir das ações e fatores de risco do indivíduo; esse risco pode ser avaliado em um momento de acolhimento.

Algumas pesquisas estimam que aconteça uma morte por suicídio a cada 40 segundos, alcançando mais de um milhão de mortes por ano, ou, 16 mortes a cada 100 mil pessoas. As taxas de suicídio são extremamente variáveis entre países, e até mesmo entre regiões de um mesmo país<sup>22</sup>. No Brasil, acontecem entre três e quatro mortes por 100 mil pessoas, decorrentes de suicídio, sendo que o país aparece entre os 10 primeiros em número absoluto de mortes<sup>23,24</sup>.

Os fatores de risco podem ser de dois tipos. Os distais são difíceis de serem alterados, definem fatores relacionados à carga genética, traços de personalidade, traumas e distúrbios. Os proximais são relacionados ao desenvolvimento de transtornos mentais, doenças físicas, crises, exposição a fatores familiares e ambientais.

As questões que circundam o suicídio devem ser discutidas de forma aberta com o usuário. A abordagem correta pode gerar alívio de angústia e mudança de percepção sobre o sofrimento<sup>25</sup>. Apesar de ser um assunto delicado, algumas perguntas podem auxiliar nesse momento de acolhida e investigação.

O Cartão Babel inclui um instrumento que poderá auxiliar na avaliação e acolhimento de pessoas que apresentam risco de suicídio: trata-se de um breve questionário com 6 perguntas que avaliam pensamentos sobre morte, desejo de fazer mal a si mesmo, pensamento sobre suicídio, planejamento sobre suicídio, tentativa de suicídio recente e tentativas durante a vida. O escore que indica graus leve, moderado e grave para o risco de suicídio é apenas uma referência, para que o profissional possa adotar as condutas adequadas a cada caso, considerando outros fatores, como a associação com transtorno mental e a disponibilidade da rede social de apoio.<sup>3</sup>

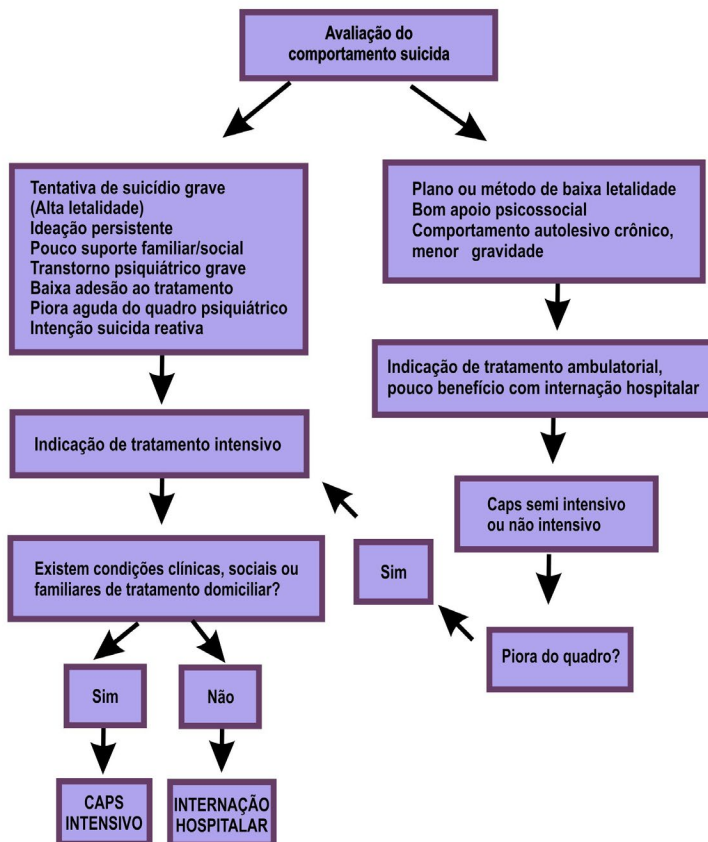
## **Manejo**

O manejo de situações relacionadas ao risco de suicídio irá variar conforme o grau, circunstâncias e características do indivíduo avaliado, conforme demonstrado na Figura 3.

---

<sup>3</sup> Para visualizar uma aplicação do Cartão Babel para sondagem sobre o risco de suicídio assista ao vídeo: <https://www.youtube.com/watch?v=4NSCpBL6sxU&t=27s>

Figura 3 - Manejo e avaliação do comportamento suicida



Fonte: Chiaverini (org), 2011.

Nos locais onde não haja disponibilidade de serviços especializados na rede de saúde, como os CAPS ou unidades de internação hospitalar especializadas, as equipes de atenção básica poderão lançar mão de estratégias como visitas domiciliares e consultas mais frequentes, ou internação em enfermaria clínica no hospital geral com medidas de segurança, estabelecendo um “contrato de não-suicídio”, que seria o reforço do vínculo terapêutico com os usuários e suas famílias, o que costuma funcionar bem em muitos casos. No entanto, compete às equipes

avaliar as situações em que a transferência da pessoa para um ambiente mais protegido será a medida mais adequada para a preservação da vida.

## **Abuso do álcool e dependência do tabaco**

O uso abusivo e o tráfico de substâncias psicoativas geram uma série de problemas de saúde pública e segurança, que exigem o envolvimento de vários pontos de atenção do sistema de saúde e da sociedade como um todo. Embora a atenção básica se situe numa posição privilegiada para a prevenção ou redução de danos causados pelo consumo dessas substâncias, muitas vezes os profissionais não sabem bem por onde começar, ou simplesmente encaminham os usuários “problemáticos” para os serviços de saúde mental, nem sempre disponíveis.

É comum a prevalência de transtornos mentais relacionados ao uso de álcool e outras drogas, especialmente o tabaco. São condições usualmente negligenciadas pelos profissionais da saúde da família, que se deparam com uma diversidade muito grande de situações relacionadas a abuso ou dependência de substâncias.

Em situações graves, a tendência é o encaminhamento imediato aos serviços de referência, como os CAPS AD. O apoio dos profissionais especialistas é muito importante para o matriciamento e articulação da rede, principalmente porque muitos trabalhadores dos serviços básicos sentem-se inseguros no que diz respeito ao tratamento de usuários nessa situação de abuso e comorbidade social.

Deve-se incentivar a criação de projetos terapêuticos singulares (PTS), em conjunto com uma equipe de matriciadores, incluindo questões referentes à manutenção do vínculo e a redução de danos. É comum os usuários desenvolverem uma relação de confiança com a equipe de saúde. Assim, é essencial que a equipe consiga acompanhar também a família, por meio de visitas domiciliares e consultas rotineiras. O sigilo e as estratégias de abordagem familiar são fundamentais nesse processo.

Uma estratégia a ser utilizada no processo de avaliação de um usuário é a entrevista motivacional para a mudança de comportamento. Na fase de contemplação, quando apoiadas e incentivadas a uma mudança de vida, as pessoas podem agir de forma diferente, ocasionando uma alteração da relação entre o indivíduo e a dependência. Uma abordagem inicial bem-sucedida junto ao paciente, com avaliação do grau de dependência e das comorbidades psiquiátricas e clínicas, poderá favorecer não só a melhora clínica como também uma possível cessação da dependência<sup>26</sup>.

Um dos instrumentos indicados pelo Ministério da Saúde é a escala ASSIST (alcohol, smoking and substance involvement screening test, ou teste de rastreamento para envolvimento com álcool, tabaco e outras substâncias), que avalia o padrão de uso de diversas drogas, e apresenta as intervenções mais adequadas para cada caso.<sup>4</sup>

Já o CAGE é um instrumento voltado ao alcoolismo, e está incluído de forma sucinta no Cartão Babel. É composto por perguntas relacionadas à tentativa de parar de beber, à percepção sobre o hábito de beber, a sensação de culpa e o uso de bebida desde o início do dia. Há ainda o teste de Fagerström, disponível no Cartão Babel, que aponta o grau de dependência de nicotina e auxilia o clínico na escolha de terapia farmacológica, se necessário.<sup>5</sup>

O uso destes instrumentos requer conhecimentos básicos sobre a estrutura e funcionamento destes instrumentos e técnicas, para o treinamento das habilidades de entrevista, com o apoio dos profissionais do CAPS ou do NASF-AB (equipes multiprofissionais).

A melhor forma de cuidado se dá através de uma avaliação centrada no indivíduo, que possibilite compreender o padrão de dependência, ou o grau de risco pessoal e prejuízo nas relações sociais. É importante promover para o usuário e sua família a inserção em grupos psicossociais. Além

---

<sup>4</sup> Para visualizar uma aplicação do ASSIST presente no Cartão Babel assista ao vídeo: <https://www.youtube.com/watch?v=EaFgeDC-P-w&t=511s>

<sup>5</sup> Para visualizar uma aplicação do CAGE e do teste de Fagerström presentes no Cartão Babel assista aos vídeos: <https://www.youtube.com/watch?v=Eq73rZaynpA&t=1s> e [https://www.youtube.com/watch?v=6YUH\\_HeGrP8&t=54s](https://www.youtube.com/watch?v=6YUH_HeGrP8&t=54s)

disso, no que se refere à drogadição, orientação frequente e estímulo a hábitos saudáveis podem auxiliar, compreendendo que a prevenção é o melhor caminho.

## Referências

1. ÜSTUN T. B.; SARTORIUS, N. Mental illness in general health care: an international study. Chichester, England: John Wiley & Sons; 1995.
2. FORTES, S.; et al. Common mental disorders in Petrópolis-RJ: a challenge to integrate mental health into primary care strategies. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.33, n.2, p. 150-156, 2011.
3. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. São Paulo: EDUSP, 2017. Disponível em: <https://www.cid10.com.br/>
4. GONÇALVES, D.A. et. al. Cartão Babel de Saúde Mental na Atenção Básica. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009. 6 p.
5. SUSSER, E et al. *Psychiatry epidemiology – searching for the causes of mental disorders*. New York: Oxford University Press, 2006.
6. TITO, S. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM – 5 Estatísticas e Ciências Humanas: Inflexões sobre Normalizações e Normatizações. *Interthesis.v.11, n.2, p.96-117, 2014.*
7. WORD HEALTH ORGANIZATION. Suicide prevention (SUPRE). Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en). Acesso em 13/01/2019.
8. GOTTESMAN I et al. Severe mental disorders in offspring with 2 psychiatrically ill parentes. *Archives of General Psychiatry*, v.67, p. 252-257, 2010.
9. FRANK, D. A.; et al. Growth, development and behavior in early childhood following prenatal cocaine exposure: a systematic review. *Journal of American Medical Association*, v.285, p.1613-1625, 2001.



10. SINGER, L. T.; et al. Cognitive and motor outcomes of cocaine-exposed infants. *Journal of American Medical Association*, v.287, n.15, p. 252-257, 2002.
11. YAMAGUCHI, E. T; et al. Drug abuse during pregnancy. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v.35, n.1, p. 44-47, 2008.
12. WEISS, E. L; LONGHURST J. G; MAZURE C. M. Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: psychosocial and neurological correlates. *American Journal of Psychiatry*, Arlington, v.156, p. 816-828, 1999.
13. HAY, P. J.; et al. Epidemiologia dos transtornos alimentares: estado atual e desenvolvimentos futuros. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v.24, n.3, p. 13-17, 2002.
14. ARARIPE NETO, A.G; BRESSAN, R. A; BUSATTO FILHO, G. Fisiopatologia da esquizofrenia: aspectos atuais. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v.34, p. 198-203, 2007.
15. PARAS, M. L; et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *Journal of American Medical Association*, v. 302, n.5, p. 550-561, 2009.
16. DOWLATI, Y; et al. A meta-analysis of cytokines in major depression. *Biological Psychiatry*, v.67, n.5, p. 446-457, 2010.
17. HALBREICH, U.; et al. Prevalence of mood symptoms and depressions during pregnancy: implications for clinical practice and research. *CNS Spectrums*, v.9, n.3, p. 177-184, 2004.
18. BLAZER, M. D. *Psiquiatria geriátrica*. Porto Alegre: Artmed, 2006.
19. DUNCAN, B. B; et al. *Medicina Ambulatorial - Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências*: Artmed, 2013.
20. CHIAVERINI, D. (org) et al. *Guia prático de matriciamento em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisas em Saúde Coletiva, 2011.
21. HAWTON, K; VAN HEERINGEN, K. V. Suicide. *Lancet*, London, n.373, p. 1372-1381, 2009.

22. MELLO-SANTOS, C.; WANG, Y. P; BERTOLOTE, J. M. Epidemiology of suicide in Brazil (1980-200); characterization of age and gender rates of suicide. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.27, n.2, p. 131-134, 2005.23 (KUTCHER, S.; CHEHIL, S. 2007).
23. BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, v.48, n.30, 2017.
24. KUTCHER, S.; CHEHIL, S. *Suicide risk management: a manual for health professionals*. Oxford: Willey-Blackwell, 2007.
25. SCHMITT, R.; et al. *Emergências psiquiátricas*. Porto Alegre: Artmed, 2008.
26. PROCHASKA, J. A.; DICLEMENTE, C. C.; NORCROSS, J. C. In search of how people change: applications to addictive behavior. *American Psychiatry*, v.47, p.1102-1114, 1992.

## Anexo: Cartão Babel

### MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

Registrar escolaridade e data do exame

**ORIENTAÇÃO TEMPORAL (0-5 pontos)**  
 1- Dia  Mês  Ano  Dia da semana  Horas

**ORIENTAÇÃO ESPACIAL (0-5 pontos)**  
 2- Local (específico)  Local (geral)  Bairro   
 Cidade  Estado

**REGISTRO (0-3 pontos)**  
 3- Repetir 3 palavras:  
     carro  vaso  tijolo

**ATENÇÃO E CÁLCULO (0-5 pontos)**  
 4- Série descendente de 100:7:  
     93  86  79  72  65   
 ou soletrar a palavra MÚLTIPLO de trás para frente:  
     O  Q  N  U  M

**EVOCACÃO (0-3 pontos)**  
 5- Repetir as 3 palavras do registro:  
     carro  vaso  tijolo

**LINGUAGEM (0-9 pontos)**  
 6- Denominar um relógio de pulso  e uma caneta   
 7- Repetir: "Nem aqui, nem ali, nem lá"   
 8- Atender ao comando: "pegue um papel com a mão direita , dobre-o ao meio  e coloque-o no chão"   
 9- Ler e obedecer a seguinte ordem por escrito:

### FECHE OS OLHOS

10- Escrever uma frase completa

**PRAXIA (1-1 ponto)**  
 11- Copiar o desenho



*Pontos de corte para risco de déficit cognitivo:  
 analfabeto: 13 pontos  
 1 a 7 anos de estudo: 18 pontos  
 8 ou mais anos de estudo: 23 pontos*

5

### ROTEIROS PARA AVALIAÇÃO INTEGRAL

#### PRINCÍPIOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA

I- Os profissionais da Saúde da Família são especializados e qualificados;  
 II- Os cuidados são influenciados pela comunidade;  
 III- A população de Saúde da Família é um recurso de uma população definida;  
 IV- A relação profissional-pessoa é fundamental no desempenho do profissional da Saúde da Família.

Adaptado de LOPES, J. M. C.  
 Disponível em: www.agril.org.br/site/principios.aspx. acesso em 15/3/2009

#### ETAPAS DO ATENDIMENTO CENTRADO NA PESSOA

1- Explorando a enfermidade e a experiência da pessoa em estar doente (lides e diágnos);  
 2- Entendendo a pessoa como um todo;  
 3- Elaborando projeto comum de manejo dos problemas;  
 4- Incorporando prevenção e promoção à saúde;  
 5- Intensificando a relação profissional-pessoa;  
 6- Sendo realista.

Adaptado de STEWART, M. et al. Patient centered medicine: transforming the clinical method. Radcliffe Medical, 2003.

#### ROTEIRO PARA DISCUSSÃO DE CASOS EM APOIO MATRICIAL DE SAÚDE MENTAL

##### Aproximação da Clínica Ampliada

- Motivo do encaminhamento;
- Informações sobre a pessoa, família e ambiente;
- Problemática apresentada no atendimento (nas palavras da pessoa, familiar, outros);
- História do problema atual (início, fator desencadeante, manifestações sintomáticas, evolução, intervenções biológicas ou psicossociais realizadas, compartilhamento do caso (referência/contrá-referência);
- Configuração familiar (genograma);
- Vida social (participação em grupos, instituições, rede de apoio social, situação econômica);
- Efeitos do caso na equipe interdisciplinar;
- Formulação diagnóstica multi-axial.

##### Formulação Diagnóstica Multiaxial

1- Transtornos mentais  
 2- Transtornos/estados de personalidade e t. do desenvolvimento;  
 3- Problemas de saúde em geral;  
 4- Avaliação de incapacidade;  
 5- Problemas sociais.

##### Formulação de Projeto Terapêutico Singular

1- Abordagens biológicas e farmacológicas;  
 2- Abordagens psicossociais e familiar;  
 3- Apoio do sistema de saúde;  
 4- Apoio da rede comunitária;  
 5- Trabalho em equipe: quem faz o quê.

6

## Cartão Babel

de Saúde Mental na Atenção Básica

Este cartão contém instrumentos de avaliação em saúde mental na atenção básica, incluindo instrumentos de triagem de transtornos do humor, transtornos ansiosos, avaliação do risco de suicídio, demência, álcool e tabaco.

Apresenta também roteiros de consulta e levantamento de casos a serem discutidos nos espaços de apoio matricial em saúde mental.

O Cartão Babel foi adaptado, com autorização de seus autores, do conceito original desenvolvido por Goldberg, Gask e Morris, em *Psychiatry in Clinical Practice* (Routledge, 2008)



**SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA**

Este cartão pode ser reproduzido parcial ou integralmente, desde que citada a fonte: GONÇALVES, D.A.; ALMEIDA, N.S.; BALLESTER, D.A.; CHAZAN, L.F.; CHAVIERO, D.; FORTES, S.; TÔRTOI, L.F. *Cartão Babel de Saúde Mental na Atenção Básica*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009. p. 8

### EXAME DAS FUNÇÕES PSÍQUICAS

**1) Apresentação e comportamento**  
 • Descrever atitude do paciente, vestes, reação ao contato, atividade psicomotora, movimentos involuntários, postura;

**2) Cognição**  
 • Consciência: abuliação, sonolência, estupor, coma, letargia, estado de fuga (esquece sua identidade, com tendência a sair vagando).  
 • Orientação ao tempo (local, hora, dia e data)  
 • Atenção e concentração dirigida e espontânea (do meio ambiente)  
 • Memória imediata: experiências nos últimos dias  
 • Memória remota: eventos pessoais passados como escola, casamento  
 • Inteligência: cálculos, leitura

**3) Afetividade, humor e vitalidade**  
 • Registrar a reação e sintona afetiva entre discurso e conteúdo;  
 • Observar tendência ao choro, tristeza, euforia, desinibição. Variação do humor durante o dia, animo, líbido.  
 • Avaliar distúrbios do sono, alteração de apetite e peso e idade suicida;

**4) Discurso**  
 • Avaliar a velocidade do discurso, sua qualidade (se é coerente) e continuidade (se há associação lógica entre temas, idéias e assuntos);

**5) Conteúdo do pensamento**  
 • Investigar preocupações, pensamentos recorrentes, dúvidas, motivos de ansiedade e medo; fobias e pensamentos obsessivos, atos compulsivos ou rituais ou estratégias para evitar ou aliviar ansiedade.  
 • Notar se há delírios (idéias patologicamente falsas, que não encontram sustentação lógica).

**6) Senso percepção**  
 • Ilusão é a percepção sensorial alterada de um estímulo real;  
 • Alucinação é a percepção irreal que ocorre na ausência de estímulo externo. As alucinações podem ser auditivas, como as verbais na terceira pessoa (mais comuns em psicoses), visuais (mais frequentes em distúrbios orgânicos), olfativas, gustatórias ou táteis;  
 • Despersonalização é a sensação de irrealidade em relação ao próprio corpo (relativamente frequente em transtornos ansiosos e depressivos);

**7) Juízo e autocrítica**  
 • Juízo: alterado na ocorrência de delírios (com grandezas).  
 • Para exame da autocrítica, usar perguntas como: "Você acha que tem uma doença física, mental ou nervosa?", "Você acha que pode estar precisando de tratamento?"

### TRIAGEM PARA DEPRESSÃO

1- Nas duas últimas semanas você sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?  
 2- Nas duas últimas semanas você teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e prazer pelas coisas que lhe agradavam habitualmente  
 Se *houver menos uma resposta 'sim', faça as perguntas a seguir:*

A- Seu apetite mudou de forma significativa?  
 B- Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade para pegar no sono, acordar no meio da noite, dormir demais)?  
 C- Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se mais agitado ou incapaz de ficar quieto?  
 D- Sentiu-se a maior parte do tempo cansado, sem energia, quase todos os dias?  
 E- Sentiu-se sem valor ou com culpa, quase todos os dias?  
 F- Teve dificuldade em tomar decisões, de se concentrar ou problemas de memória quase todos os dias?  
 G- Teve por várias vezes pensamentos ruins, com seria melhor estar morto, ou fazer mal a si mesmo? h

Se *'sim'* em 1 ou 2 + *'sim'* em qualquer um de A, G, H, há grande risco de depressão:  
 • 3 e 4 respostas positivas=depressão leve  
 • 5 a 7 respostas positivas=depressão moderada  
 • risco de suicídio, sintomas psicóticos ou 8 a 9 respostas positivas=depressão grave

Em caso de depressão:  
 • Avaliar risco de suicídio (ver a seguir)  
 • Considerar transtorno afetivo bipolar e investigar quadro progressivo de mania  
 • Questionar sobre uso de drogas e álcool

Adaptado de AMORIM, P.; Rev Bras Psiquiatr; 22:106-15, 2000

### AVALIAÇÃO DE RISCO DE SUICÍDIO

1- Você pensou que seria melhor estar morto? (1)  
 2- Você quer fazer mal a si mesmo? (2)  
 3- Você tem pensado em se suicidar? (6)  
 4- Você tem planejado uma maneira de se suicidar? (10)  
 5- Você tentou o suicídio (recentemente)? (10)  
 6- Você já fez alguma tentativa de suicídio (em sua vida)? (4)

Risco de suicídio (somar os pontos)  
 1-5: leve; 6-9: moderado; 10-33: elevado

Lembre-se: O melhor preditor de suicídio nos antecedentes pessoais é uma história prévia de tentativa de suicídio

Adaptado de AMORIM, P.; Rev Bras Psiquiatr; 22:106-15, 2000; e FERREIRA, M. H. F. et al. Rev Bras Psiquiatr; 29:51-54

### TRIAGEM PARA ANSIEDADE

1- Você tem se preocupado demais?  
 2- Você tem se sentido encurtado, tenso?  
 3- Você tem se sentido muito irritado(a) ou com "problema nos nervos"?  
 4- Você tem dificuldade em relaxar?  
 Se *houver pelo menos duas 'sim', faça as perguntas a seguir:*  
 A (anytime) – Pessoas a tem perturbado por crítica-lou por beber?  
 G (anyly) – Você tem se sentido culpado ou mal por beber?  
 E (eye opener) – Você bebido logo pela manhã, ao acordar, para aliviar os nervos ou a ressaca?  
 Se *pelo menos duas positivas fazer consulta específica para álcoolismo e drogas (pode-se usar o instrumento ASSIST da OMS)*

MASUR, J. et al. J Bras Psiquiatr; 34:31-4, 1985

### DEPÊNDENCIA DO TABACO (TESTE DE FAGERSTRÖM)

1- Quanto tempo demora para fumar depois que acordar?  
 <5 min (3) 5-30 min (2) 31-60 min (1) >60 min (0)  
 2- Você acha difícil não fumar em lugares proibidos?  
 Sim (1) Não (0)  
 3- Qual cigarro do dia que te dá mais satisfação?  
 O primeiro da manhã (1) Outros (0)  
 4- Quantos cigarros você fuma por dia?  
 <10 (0) 11 a 20 (1) 21 a 30 (2) >30 (3)  
 5- Você fuma frequentemente pela manhã?  
 Sim (1) Não (0)  
 6- Você fuma, mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?  
 Sim (1) Não (0)

Gravada da dependência (somar os pontos):  
 0-2: muito baixa; 3-4: baixa; 5-6: média; 6-7: elevada.

HALTY, L.S. et al. J Psmed; 28:180-6, 2002

1

2

3

## Capítulo 3

### **Acompanhamento e encaminhamento**

*Domingos de Oliveira*

*Joyce Duailibe Laignier Barbosa Santos*

*Leandro Guimaraes Garcia*

*Leila Rute Oliveira Gurgel do Amaral*

*Viviane Souza Paiva*

#### **A organização do sistema de saúde e a rede de atenção à saúde**

Ao longo da história, o Brasil teve vários sistemas de saúde, assim como as chamadas caixas de pecúlio, representando cada uma das categorias profissionais, culminando com a unificação destes sistemas na década de 70 do século passado com a criação do chamado SUDS (Sistema Único de Saúde Descentralizado), sendo que este perdurou até 1988, quando é aprovada a nova Constituição Federal do Brasil e conseqüentemente o Sistema Único de Saúde – SUS<sup>1</sup>.

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

Social, sendo que aproximadamente 30 milhões de pessoas tinham acesso aos serviços hospitalares, cabendo o atendimento aos demais cidadãos às entidades filantrópicas.

Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde, e não somente os cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida. Contudo, a constituição federal necessitava da regulamentação desta assistência, sendo então criada e aprovada a Lei Orgânica da Saúde, de nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Nesse contexto, entende-se que saúde não se limita apenas a ausência de doença, considerando, sobretudo, como qualidade de vida, decorrente de outras políticas públicas que promovam a redução de desigualdades regionais e promovam desenvolvimentos econômico e social. Dessa maneira, o SUS, em conjunto com as demais políticas, deve atuar na promoção da saúde, prevenção de ocorrência de agravos e recuperação das pessoas doentes, sendo que a gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os Municípios<sup>2</sup>.

O decreto Nº.7508<sup>3</sup> no item VI dispõe sobre a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e a define como o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. Desse modo, a RAS é ampla e abrange tanto ações, como serviços de saúde. Ela engloba a atenção básica, média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica.

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

e atuação multiprofissional; o compartilhamento de objetivos e o compromisso com resultados sanitários e econômicos.

A Rede de Atenção Básica, em especial a Estratégia Saúde da Família, tem papel importante na reestruturação e reorganização dos serviços de saúde dos municípios. Segundo o Ministério da Saúde, as queixas psiquiátricas são a segunda causa de procura por atendimento na atenção básica pela população, sendo as queixas mais comuns a depressão, a ansiedade, fobias, o alcoolismo, etc. De acordo com a Portaria de Consolidação Nº. 02 de 28 de setembro de 2017<sup>4</sup> a Atenção Básica é concebida como a porta de entrada do SUS, tendo na ESF o seu principal eixo de orientação no modelo assistencial, sendo que os serviços são componentes inerentes aos cuidados globais em saúde (tema transversal), dentro de princípios que possibilitam a convergência de ações de saúde mental nas ESF's (Atenção Básica) como:

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

### **Atuação profissional na atenção básica em saúde**

Algumas das ações diárias dos profissionais já são terapêuticas, tais como o acolhimento, escuta ativa, criação de vínculo, boa comunicação com explicações claras e simples, suporte emocional e outras ações que promovem o enfrentamento da situação-problema e o cuidado. No entanto, muitos profissionais se sentem inseguros em dar esse suporte terapêutico, ou mesmo acreditam que essa competência não faz parte de

suas atribuições. É preciso desconstruir esse pensamento, por meio de ações que possibilitem qualificar o profissional, e leva-lo a refletir sobre o impacto de suas ações junto ao usuário<sup>5</sup>.

O matriciamento, por meio da construção do projeto terapêutico, possibilita a integração das equipes, vinculando o contexto de vida, da família e da comunidade do usuário com o conhecimento específico sobre seu processo de adoecimento e de tratamento. Nesta conjuntura, a rede de apoio é fundamental, pois é capaz de fortalecer o cuidado longitudinal. A Rede de proteção/apoio inclui o contexto individual, a interação familiar, os relacionamentos interpessoais, sociais e comunitários, os dispositivos de saúde e instituições intersetoriais. Portanto, a rede em saúde propõe o entrelaçamento dos serviços ofertados à comunidade, possibilitando a resolutividade dos problemas, o tratamento pautado na integralidade do sujeito, encaminhamentos efetivos e o trabalho multiprofissional. Infelizmente em algumas situações, os encaminhamentos funcionam como o “repasso” do indivíduo-problema de um serviço para outro, deixando de ser responsabilidade daquele que encaminhou. Nesse contexto, o apoio matricial surge como organizador, potencializador e facilitador da rede assistencial<sup>5</sup>.

## **Acompanhamento de pessoas com transtornos mentais comuns no território**

Para o acompanhamento de pessoas com transtornos mentais comuns no território, o Ministério da saúde propõe algumas diretrizes no intuito de promover saúde ao usuário<sup>5</sup>:

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

- Atividades comunitárias que promovam a corresponsabilização, a participação, o desenvolvimento da cidadania e da autonomia.

## **Acompanhamento de pessoas com transtornos mentais graves no território**

Para o acompanhamento de pessoas com transtornos mentais graves faz-se necessário o olhar atento das equipes do território, de modo a promover cuidados continuados e inclusão social. Cada etapa do processo de cuidado com pacientes com transtornos mentais graves exigirá do profissional atenção e humanização do atendimento<sup>5</sup>. No acolhimento, o profissional deve transmitir segurança e liberdade para o usuário e sua família, tornando-se um ponto de referência para o cuidado, tratamento e acompanhamento.

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

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



Com relação ao manejo em situações de crise, é necessário que o profissional faça uma avaliação inicial sobre os fatores de risco, tais como ideação suicida, agressividade, tratamento medicamentoso, suporte familiar, fatores psicossociais, etc; identificando a gravidade da situação e sugerindo a melhor intervenção. Outra ação importante refere-se à criação de grupos e oficinas organizadas conforme as demandas da unidade de saúde, com objetivo de informar e promover autoconhecimento, discussões e reflexões a respeito do transtorno, do tratamento, dos cuidados e outros assuntos pertinentes<sup>5</sup>.

### **Como lidar com o preconceito e estigma com o usuário**

O preconceito e a estigmatização com usuários com transtornos mentais estão ancorados em três elementos principais. Um deles é a ignorância, relacionada à falta de conhecimento ou compreensão inadequada sobre o tema. Outro elemento é o preconceito, que diz respeito a percepções, sensações e atitudes negativas direcionadas às pessoas com transtornos mentais. O último elemento é a discriminação, visível por meio de atitudes de rejeição e desprezo. Esses três elementos são comuns entre pessoas da comunidade, e também entre os profissionais que trabalham diretamente com as demandas de saúde. Esse comportamento gera como resposta uma “barreira” para as pessoas com transtorno mental, interferindo na auto percepção sobre preconceito e discriminação, na adesão ao tratamento, na aceitação das equipes de saúde e na relação com a família e a comunidade <sup>5</sup>.

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

desmistificar crenças e mitos, e fortalecer o enfrentamento e empoderamento de pessoas com transtornos mentais<sup>5</sup>.

## **Ações em saúde mental que podem ser desenvolvidas na atenção básica**

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

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

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

- Acolhimento e escuta com avaliação de riscos e vulnerabilidades;
- Triagem;
- Administração de medicamentos;
- Verificação do uso adequado da medicação pelo usuário;

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

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

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

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

- Acolhimento e escuta com avaliação de riscos e vulnerabilidades;
- Identificação e discussão de casos para a equipe multiprofissional ou à Rede de atenção à saúde;
- Consulta odontológica (individual ou compartilhada);
- Integração interinstitucional;
- Educação Permanente em Saúde;
- Desenvolver ações intersetoriais e multidisciplinares para a promoção da saúde bucal em contexto de atenção à saúde mental;
- Participação e realização de atividades coletivas (educação em saúde, oficinas, grupidades, etc);
- Participação nas reuniões técnicas junto à equipe de referência em saúde mental.
- Colaboração na construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS);

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

- Acolhimento e escuta com avaliação de riscos e vulnerabilidades;
- Abordagem em situações de crise;
- Atendimento psicológico (individual ou compartilhada);
- Orientações ao usuário e sua família;
- Matriciamento em Saúde mental para as ESF/EAB;
- Realização de atividades coletivas (educação em saúde, oficinas, grupidades, etc);
- Acompanhamento dos casos assistidos pelos serviços especializados em saúde mental;
- Agendamento pactuado de atendimentos clínicos;
- Visita domiciliar (individual ou compartilhado);
- Gestão da clínica compartilhada;
- Educação Permanente em Saúde;

- Participar de reuniões técnicas junto à equipe de referência em saúde mental e discussão de casos junto as ESF-AB e NASF-AB;
- Colaborar na construção e acompanhamento do Projeto Terapêutico Singular (PTS);
- Desenvolver ações intersetoriais e multidisciplinares para a promoção da saúde mental.

#### 6 Ações em Saúde Mental que podem ser desenvolvidas na Atenção Básica pelo profissional Farmacêutico:

- Acolhimento e escuta com avaliação de riscos e vulnerabilidades;
- Apoio nas intervenções em situação de crise;
- Matriciamento no campo da farmacoterapia;
- Orientações para uso adequado de medicamentos ao usuário e sua família;
- Realização de atividades coletivas (educação em saúde, oficinas de manejo autônomo de medicamentos, grupidades, etc);
- Agendamento pactuado para avaliação de farmacoterapia;
- Visita domiciliar (individual ou compartilhada);
- Encaminhamento pactuado ao médico e aos demais profissionais do NASF-AB, se necessário;
- Participar de reuniões técnicas junto à equipe de referência em saúde mental e discussão de casos junto as ESF-AB e NASF-AB;
- Colaborar na construção e acompanhamento do Projeto Terapêutico Singular (PTS);
- Colaborar com ações intersetoriais e multidisciplinares para a promoção da saúde mental e o uso adequado de medicamentos psicotrôpicos.
- Desenvolvimento de estratégias de desmedicalização através das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS).

#### 7 Ações em Saúde Mental que podem ser desenvolvidas na Atenção Básica pelo profissional Médico:

- Acolhimento e escuta com avaliação de riscos e vulnerabilidades;
- Consulta médica (individual ou compartilhada)
- Solicitação de exames complementares, se necessário;

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

## **Da rede de atenção à saúde a rede de atenção à saúde mental no Brasil**

No Brasil, a Política de Saúde Mental é instituída através da Lei 10.216 /2001, e traz como premissa fundamental a desinstitucionalização e a humanização da assistência, onde deve-se prever a ampliação da rede ambulatorial de saúde mental, a partir do fortalecimento dos serviços de saúde mental substitutivos nos municípios e nos estados, proporcionando tratamento ambulatorial e internação em hospital geral, com ênfase nas ações de reabilitação psicossocial dos pacientes, sendo que estas ações devem ocorrer nos três níveis de atenção à saúde, ou seja na atenção básica, na média e alta complexidade<sup>6</sup>.

A partir desta lei, foram criadas portarias, normas e recomendações aos estados e municípios pelo Ministério da Saúde, para a implantação de serviços de saúde mental substitutivos ao modelo hospitalocêntrico (modelo manicomial excludente e segregador), que perdurava de forma muito grande no Brasil, implantando paralelamente o cuidado integral a pessoa

em sofrimento mental, dentro de uma lógica humanizada e com a reinserção social destas pessoas, com a participação da família, fatos preconizados pelo movimento da reforma psiquiátrica brasileira<sup>1</sup>.

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

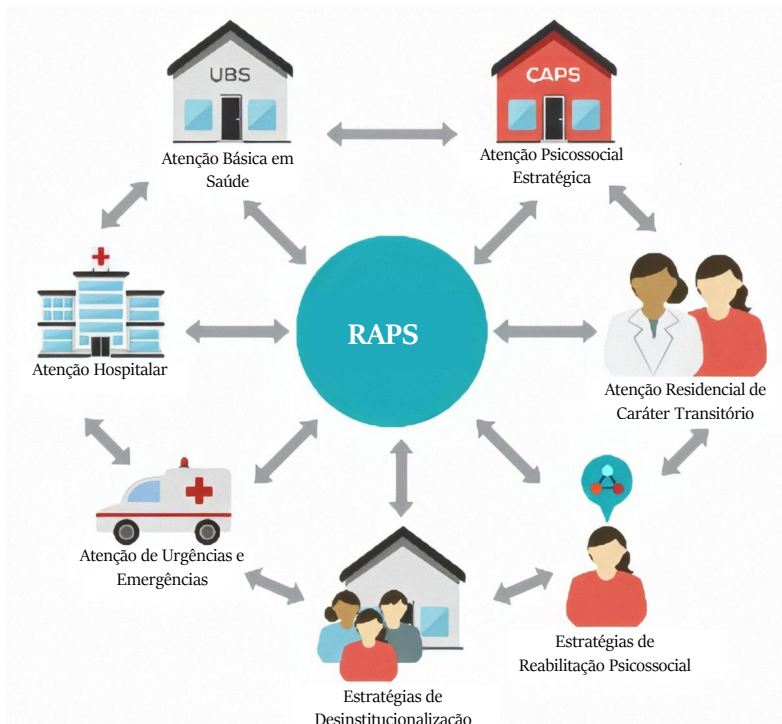
- Redução Progressiva dos Leitos Psiquiátricos e desinstitucionalização;
- Consolidação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial com a implantação de serviços substitutivos como por exemplo os CAPS;
- Inclusão das ações de saúde mental na atenção básica;
- Implantação do Programa “De Volta Para Casa;”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

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

A finalidade da RAPS é possibilitar a ampliação, diversificação e articulação dos serviços de atenção à saúde para pessoas em sofrimento ou transtorno mental e para aquelas com necessidades decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas. Propõe-se, portanto, a renovação do paradigma de cuidado ao promover maior acessibilidade, integração e articulação efetiva entre os serviços, rompendo assim com o modelo hospitalocêntrico e manicomial.

A proposição de um trabalho integrado formando redes funcionais de assistência à saúde, possibilita atender às diferentes demandas em distintos territórios e qualifica o serviço prestado. O conceito de território para a Saúde assume importante significado, uma vez que não se restringe aos aspectos geográficos, mas incorpora o espaço onde as relações sociais e afetivas são geradas, buscando estratégias que possam atender às demandas específicas. Portanto, para que a integralidade nos serviços de saúde aconteça faz-se necessário a existência efetiva de articulação em rede, conforme Figura 4 apresentada abaixo.

Figura 4 - Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)



Fonte: UNASUS/UFMA, 2017.

Dentre as diretrizes para o funcionamento da RAPS destaca-se: atenção às necessidades das pessoas, respeito aos direitos humanos, equidade,



diversificação das estratégias de cuidado, assistência multiprofissional, desenvolvimento de atividades no território, cuidado integral, dentre outras. A partir das diretrizes mencionadas é possível perceber a amplitude dos serviços que devem ser prestados à pessoa em sofrimento ou com transtorno mental, como também para aquelas com necessidades decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas. É na Rede que acontece a possibilidade da integração e qualidade dos serviços ao ampliar o acesso aos pontos de atenção à saúde “qualificando o cuidado por meio do acolhimento, acompanhamento contínuo e atenção às urgências” <sup>7</sup>.

Portanto, os objetivos específicos da RAPS, conforme Portaria Nº 3.088/2011 e, posteriormente, conforme a Portaria Nº 3588/2017<sup>23,24</sup> são:

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

Diante do que foi exposto, podemos entender que a Rede de Atenção Psicossocial propõe a adoção de iniciativas que garantam o cuidado integral da pessoa, centrado nos territórios, ou seja, adequado ao perfil demográfico e socioambiental, bem como às necessidades e demandas da população. A RAPS é composta por sete componentes. Cada um destes contém ações específicas que objetivam atendimento integralizado, conforme já salientado. Tais serviços são conhecidos como pontos de atenção. Vale salientar que o Ministério da Saúde, desde o ano de 2017, tem publicado uma série de portarias e resoluções que trazem no texto a incorporação de outros equipamentos na Rede de cuidados de pessoas com

transtorno mental e problemas com álcool e outras drogas. A Figura 5 descreve os componentes da RAPS e seus respectivos pontos de atenção, apresentando a configuração presente na Portaria MS/GM N.º 3088/2011 e as reformulações apresentadas pela Portaria MS/GM N.º 3588/2017, com modificações em seu texto<sup>23,24</sup>.

**Figura 5 - Componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**

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

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

Recentemente, o Ministério da Saúde publicou Nota Técnica com "Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas"<sup>18</sup>. Nesse documento é

apresentada de forma consolidada a nova configuração da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que passa a contar com hospitais psiquiátricos especializados, hospitais-dia, unidades ambulatoriais e CAPS AD IV, além dos antigos serviços existentes, com o objetivo de ofertar uma variedade de cuidados, que possam dar conta das diferentes necessidades dos pacientes e seus familiares. A RAPS passa a ser formada pelos seguintes pontos de atenção (Serviços).

### **Atenção Básica em Saúde**

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

*Unidade Básica de Saúde:* serviço constituído por equipe multidisciplinar, que desenvolve ações, com significativos impactos na saúde individual e coletiva, relacionadas à promoção da saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como objetivo o desenvolvimento integral da pessoa<sup>9</sup>.

*Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB):* vinculado à Unidade Básica de Saúde, sendo responsável por prestar atendimento a populações específicas<sup>7</sup>, os NASFs-AB têm como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização do atendimento. São compostos por profissionais das diferentes áreas do conhecimento atuando diretamente no apoio matricial e, quando necessário, no cuidado compartilhado junto às equipes da(s) unidade(s).

*Equipe de atenção básica para populações específicas:* destacam-se duas equipes: a equipe de Consultório na Rua (eCR) e a de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório. A primeira é constituída por equipe multiprofissional itinerante que se desloca para diferentes territórios a fim de ofertar cuidados em saúde mental para pessoas em situação de rua, com transtornos mentais e/ou para usuários de crack, álcool e outras drogas. Essas equipes devem desenvolver suas atividades in loco, de forma itinerante, com ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, quando necessário, também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com as necessidades do usuário, podendo inclusive utilizar as instalações da UBS/ESF do território. A equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório tem como função oferecer suporte clínico e apoio a esses pontos de atenção<sup>9</sup>.

*Centros de Convivência e Cultura:* unidade pública articulada às Redes de Atenção à Saúde, constituindo espaços destinados à produção da cultura e estabelecimento de vínculos psicossociais, possibilitando assim a promoção da inclusão social e o desenvolvimento da autonomia. Esses Centros podem proporcionar a construção de espaços de convívio e apoiar a aceitação de pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar<sup>9</sup>.

As UBSs e as ESFs têm um papel fundamental, pois além de ser a porta de entrada do Sistema Único de Saúde são normalmente o primeiro contado do paciente com alguma equipe de saúde. No caso do acolhimento ser realizado de forma adequada pode ocorrer a formação de um vínculo com o paciente e sua família, possibilitando muitas vezes o início do tratamento e acompanhamento das pessoas em sofrimento ou transtorno mental e de seus familiares na comunidade onde essas equipes atuam<sup>9</sup>.

É importante que as unidades básicas de saúde e as equipes de saúde da família apresentem um alto grau de resolutividade de modo a evitar

sobrecarga dos serviços especializados. Vale a pena lembrar que de 20 a 30% da população terá algum sofrimento mental ao longo da vida, mas nem todos necessitarão de atendimento especializado e/ou de internação, e que, desse percentual somente 3% terão os chamados transtornos mentais severos e persistentes e que necessitarão de acompanhamento pelo resto de suas vidas<sup>10</sup>.

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

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

### **Atenção Psicossocial Estratégica**

Na atenção psicossocial estratégica, estruturam-se as Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental / Unidades Ambulatoriais Especializadas (AMENT) compostas por médico psiquiatra, psicólogo e assistente social, que devem prestar atendimento integrado e multiprofissional, por meio da realização de consultas e psicoterapia. Deverá ser lotada em ambulatórios gerais e especializados, policlínicas e

ambulatórios de hospitais gerais e hospitais psiquiátricos. Presta-se a “ampliar o acesso à assistência em saúde mental para pessoas de todas as faixas etárias com transtornos mentais mais prevalentes, mas de gravidade moderada, como transtornos de humor, dependência química e transtornos de ansiedade”, atendendo necessidades de complexidade intermediária entre a Atenção Básica e os CAPS. Os CAPS são Centros de Atenção Psicossocial criados para atender e acompanhar pessoas em sofrimento e/ou transtorno mental grave e persistente (CAPS I, II, e III) ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (CAPS AD, AD III e AD IV) ou crianças com algum tipo de sofrimento ou transtorno mental (CAPS i). Os CAPS podem ser definidos como pontos de atenção estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Unidades que prestam serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, compostos por equipe multiprofissional que deve atuar de maneira interdisciplinar e realizar prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com transtornos relacionados ao uso e abuso de álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial. Estes serviços são substitutivos ao modelo asilar, ou seja, aqueles em que os pacientes deveriam morar (manicômios)<sup>10,11</sup>.

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

implantados a partir de quantitativo populacional, conforme legislação vigente<sup>9</sup>. Aqui convém lembrar que, alguns estados adotam outros nomes para estes tipos de serviços, porém com a mesma finalidade.

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

As atividades nos CAPS devem ser realizadas de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde seguindo um Projeto Terapêutico Singular construído de modo a envolver o usuário, sua família e a equipe<sup>4</sup>. Os CAPS também podem prestar atendimento a usuários egressos de internação psiquiátrica, visando o retorno dos mesmos ao tratamento no plano comunitário. Os casos de usuários que receberem alta do serviço tipo CAPS podem ser discutidos entre CAPS, ESF e NASF-AB em vez de serem encaminhados diretamente para as ESFs<sup>12</sup>.

## **Atenção de Urgência e Emergência**

*UPA 24 horas, Sala de estabilização, SAMU, Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro e UBSs:* a responsabilidade desses setores é a de desenvolver ações de acolhimento, classificação de risco e cuidados nas situações de urgência e emergência das pessoas em sofrimento ou com transtorno mental ou ainda aqueles relacionados ao uso e abuso de crack, álcool e outras drogas<sup>9</sup>.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas tem como objetivo prestar atendimento em situações de urgência e emergência. Seu atendimento se dá nas 24 horas do dia, para as diferentes condições de saúde, entre essas as pessoas em sofrimento psíquico, sendo então um elemento muito importante não só para a Rede Atenção à Saúde (RAS), mas também para a RAPS<sup>9</sup>. O SAMU tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido alguma situação de urgência ou emergência que possa levar a sofrimento,

sequelas ou até mesmo à morte. A sua finalidade é de atendimento in loco, bem como o transporte das vítimas até o serviço médico mais próximo do ponto onde o atendimento foi realizado.

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

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

### **Atenção Residencial de Caráter Transitório**

*Unidade de Acolhimento (UA):* é um ambiente residencial, com funcionamento vinte e quatro horas, durante os sete dias da semana, os serviços são ofertados às pessoas que demandam acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório. Apresenta como objetivo alcançar pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e que estejam em vulnerabilidade social e/ou familiar, garantindo-lhes o direito à moradia, à convivência social/familiar e à educação. O tempo de permanência é de no máximo seis meses. Elas podem ser Unidade de Acolhimento a Adultos (UAA) e, portanto, para



pessoas acima de 18 anos, ou Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil (UAI), destinada às crianças e aos adolescentes, entre 10 (dez) e 18 (dezoito) anos incompletos, de ambos os sexos. As UA's contam com equipe qualificada e funcionam exatamente como uma casa, onde o usuário é acolhido e abrigado enquanto seu tratamento e projeto de vida devem acontecer nos diversos pontos da RAPS<sup>9</sup>.

*Serviços de Atenção em Regime Residencial:* do mesmo modo que a unidade de acolhimento, os serviços de atenção em regime residencial oferecem cuidados contínuos de saúde a adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Esses serviços recebem demandas referenciadas pelos CAPS do território. O tempo máximo de permanência é de nove meses. Esses serviços devem oferecer cuidado residencial transitório a pessoas que requeiram, temporariamente, afastamento de seus contextos. Deve ter Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) construídos junto aos CAPS e UBS/ESF e devem atuar de forma articulada junto aos demais pontos de atenção, favorecendo a construção de novas perspectivas para pessoas com problemas com drogas e suas famílias. Não tem caráter de atendimento de pacientes em crise, sendo que o seu acolhimento deve ser feito por uma equipe multiprofissional<sup>9</sup>.

## **Atenção Hospitalar**

*Unidade especializada em Hospital Geral:* oferece leitos de saúde mental e serviço hospitalar de referência para casos graves relacionados aos transtornos mentais e/ou decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no caso de abstinências e intoxicações severas. As internações são de curta duração, até que haja estabilidade clínica. O acesso aos leitos nesses pontos de atenção são regulados a partir de critérios clínicos, respeitados os arranjos locais e servem de referência/retaguarda para os CAPS de sua área de referência<sup>9</sup>. A Portaria N<sup>o</sup>3588, em seu Art. 9.º, informa que se mantém as diretrizes e normas previstas para os Hospitais Psiquiátricos Especializados. No entanto, a partir da nova normativa, o

Hospital Psiquiátrico passa a ser incluído na RAPS e não mais se incentiva o seu fechamento, embora tenha sido uma conquista do Movimento da Luta Antimanicomial a destinação de recursos oriundos dos investimentos em leitos dessa natureza para os Caps.

*Serviço Hospitalar de Referência para Atenção* às pessoas em sofrimento ou com transtorno mental ou relacionados ao uso e abuso de crack, álcool e outras drogas: apresenta horário de funcionamento integral e ininterrupto. São serviços que atendem os pacientes em crise, com uma equipe multiprofissional, e são referência em saúde mental regionalizada trabalhando dentro dos princípios da reforma psiquiátrica. Esses serviços trabalham com internações de curta duração no restabelecimento de condições clínicas e psiquiátricas, ou na investigação de comorbidades.

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

## **Estratégias de Desinstitucionalização**

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

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

*Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)*: representam moradias inseridas na comunidade, que visam garantir que pessoas egressas de longas internações psiquiátricas, em hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia, e que não seja possível a localização da família, ou famílias que não aceitam mais o seu ente doente, possam viver de forma mais digna e com autonomia, recuperando assim a sua cidadania, e conseqüentemente garantindo sua inclusão social. Nesse tipo de serviço os pacientes são acolhidos em ambiente residencial, de forma fraterna, favorecendo assim a retomada do seu cotidiano, com apoio de profissionais e de outros pontos da RAPS. Esse tipo de serviço está normalmente ligado a um CAPS de referência, e tem o apoio da Atenção Básica para as demais ações em saúde que se façam necessárias<sup>9</sup>.

Regiões de saúde que ainda disponham de hospital psiquiátrico devem construir projeto de desinstitucionalização de forma articulada com o plano de expansão e qualificação dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial.

As SRT's estão subdivididas em tipo I e tipo II. As do tipo I são moradias destinadas a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, devendo acolher no máximo oito moradores. Já as do tipo II são moradias destinadas a pessoas com transtorno mental e acentuado nível de dependência, em especial física, que necessita de cuidados específicos permanentes, devendo acolher um máximo de dez moradores<sup>9</sup>.

## Estratégias de Reabilitação Psicossocial

Referem-se à criação de possibilidades de inclusão da pessoa aos cenários de trabalho e geração de renda, através de empreendedores solidários ou cooperativas sociais. Possibilita o exercício da cidadania, prepara o indivíduo para lidar com os aspectos referentes à inclusão social e, por outro lado, instrumentaliza o ambiente para lidar com as diferenças<sup>9</sup>. Foi instituído por meio do decreto 8163/2013 o Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e ao Cooperativismo Social (PRONACOOP Social). Esse programa traz um conjunto de ações voltadas para as relações de trabalho das pessoas em situação de vulnerabilidade social, de trabalho e familiar, por meio de ações de geração de renda.

Veja na Figura 6 uma configuração da RAPS em um determinado território.



Fonte: Ministério da Saúde, 2017.

Pode-se perceber que a RAPS é uma rede de atenção psicossocial com ênfase nos serviços de base comunitária, e caracteriza-se pela adequação às necessidades dos usuários, atuando numa perspectiva territorial, e que

deve respeitar os direitos humanos, promovendo a equidade e a autonomia.

## **A Saúde Mental, a Atenção Básica, os Usuários em Crises e os Encaminhamentos**

A emergência em saúde mental origina-se de uma ampla variedade de distúrbios incluindo ansiedade aguda, depressão, psicose e abuso de drogas entre outras. As emergências em saúde mental estão relacionadas com crises evolutivas e acidentais, existentes no processo de desenvolvimento humano. As emergências em saúde mental acontecem quando o indivíduo não consegue “estabilizar” a situação, ou reencontrar o equilíbrio. Nesses casos, o funcionamento geral fica prejudicado, tornando-o incapaz de assumir responsabilidades pessoais.

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

- a) Encaminhamento para as equipes dos NASF's: os casos não resolvidos na AB devem ser encaminhados para as equipes dos NASF's que possuam profissionais capacitados para o atendimento de casos de saúde mental, cujos serviços estejam dentro de sua região de abrangência. Cabe aqui lembrar que as equipes dos NASF's devem ser multiprofissionais, e que tem como uma de suas incumbências a de capacitar e discutir os casos de saúde mental junto às equipes da Atenção Básica.
- b) Encaminhamento para os CAPS: existem dois tipos de serviços prestados pelos CAPS - os que atendem pacientes com transtornos mentais sem histórico de uso de álcool e outras drogas, e os que atendem aos transtornos mentais relacionados ao uso, abuso de álcool, crack e outras drogas de modo que o encaminhamento de pacientes para estes serviços deve acontecer seguindo essa

lógica. Convém salientar que os pacientes encaminhados devem estar em quadro agudo e/ou em estado de crise, cujo manuseio do quadro se torne impossível de ser realizado na UBS ou ESF.

- c) Encaminhamento para unidades hospitalares: representa outro ponto de atendimento para as crises agudas em Saúde Mental. Alguns Estados, seguindo as orientações da Política Nacional de Saúde Mental, segundo os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, implantaram Unidades de Saúde Mental ou Leitos Hospitalares para internação de pacientes em crise aguda. Essas unidades e leitos têm como finalidade servir de retaguarda para a internação de pacientes em crise e que estão em acompanhamento, seguindo uma lógica regionalizada, e substituem o modelo manicomial que por muito tempo perdurou no Brasil.
- d) Encaminhamento para centros de convivência e cultura: para esses serviços devem ser encaminhados os pacientes já estabilizados, mas que se encontram em quadro de vulnerabilidade social, com risco familiar. Lembrando que esses serviços devem trabalhar de forma integrada não somente com os serviços de saúde, mas com os demais dispositivos sociais da comunidade.

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

## **Matriciamento em saúde mental**

O projeto Humaniza SUS é uma proposta do Ministério da Saúde que promove articulação entre Atenção Básica e a Saúde Mental, com intuito de viabilizar o acesso à saúde e qualificar o cuidado<sup>13</sup>. Sendo assim, a Atenção Básica deve ocupar um lugar estratégico no desenvolvimento das ações em saúde. No entanto, tradicionalmente os sistemas de saúde funcionam de maneira hierárquica, tornando-se muitas vezes precária e difusa e sem comunicação entre as equipes, ou ocorrem de forma fragilizada, não possibilitando a resolução efetiva dos casos. Neste sentido, entra em ação um novo modelo, o modelo matricial, que encoraja a transformação da lógica

tradicional, burocratizada, tecnicista e pouco dinâmica para um novo modelo integrador, que incentiva a participação ativa de profissionais e usuários, valorizando cada um dos saberes<sup>14</sup>.

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

O apoio matricial surge como uma proposta de produção de saúde, por meio do compartilhamento de conhecimentos entre equipes e construção de novas práticas em saúde<sup>12</sup>. Mas, a concretização do matriciamento se dará apenas a partir das mudanças nas relações de trabalho, tornando-as horizontalizadas e capazes de proporcionar o cuidado de modo integral; e das mudanças na formação em saúde, que deverá romper com o modelo biomédico e ampliar as concepções de saúde<sup>15</sup>.

O matriciamento se baseia em um processo de compartilhamento de práticas e saberes em saúde, por meio de intervenções pedagógicas e terapêuticas no campo da saúde, pois segundo Campos<sup>21</sup>, o matriciamento é um cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção básica. Neste sentido, o matriciamento passa a ser um processo horizontalizado em saúde, estruturado com equipe de referência e equipe e apoio matricial, passando então a ser um arranjo do sistema de saúde, na forma de organização da gestão do trabalho em equipe de forma integrada, ampliando o acesso da população aos serviços, com uma visão da clínica ampliada, com o estabelecimento de vínculos entre os diversos profissionais e os serviços<sup>16</sup>.

A articulação entre a atenção básica e a saúde mental possibilita o desenvolvimento de ações conjuntas e articuladas, amplia a capacidade de

compreensão e análise de casos mais complexos, e da situação de saúde das pessoas, além de permitir a tomada de decisão sobre o caso, bem como agir sobre a realidade das pessoas em sofrimento na comunidade.

Segundo Silva<sup>13</sup>, matriciamento “é o suporte realizado por profissionais de diversas áreas especializadas, dado a uma equipe interdisciplinar com o intuito de ampliar o campo de atuação e qualificar suas ações”. O novo modelo de atenção à saúde mental no contexto da atenção básica, permite o acompanhamento das pessoas em sofrimento mental, com acolhimento humanizado, planejamento de ações e elaboração de projetos terapêuticos singulares, além de discussão coletiva de casos clínicos, que pode ser mensal, quinzenal ou semanal, com atendimento em conjunto na unidade, e que visam à prevenção das doenças e à promoção da saúde<sup>16</sup>.

A gestão do cuidado na atenção básica deve ser formada pelo olhar direcionado a saúde, a educação, as relações sociais, a família, ao ambiente e o respeito às diferenças entre as pessoas e os grupos<sup>20</sup>.

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

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



Em resumo, os profissionais de saúde da atenção primária devem estar disponíveis, acessíveis, detentores de conhecimento e comprometidos com a promoção de saúde.

Em suma, o matriciamento só será possível através da parceria entre gestores, instituições, profissionais, equipes e usuários, prezando pelo cuidado integral e longitudinal. Em resumo, a potencialidade da proposta requer profissionais de saúde da atenção primária empenhados, disponíveis, acessíveis, detentores de conhecimento e comprometidos com a promoção de saúde<sup>15</sup>.

## **NASF-AB**

Para qualificar e ampliar o escopo de ações da Atenção Básica, em 2008, por meio da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)<sup>14</sup>. O NASF é uma unidade de apoio para as equipes diretas dos serviços de saúde da Atenção Básica. Participam da discussão de casos e da produção do projeto terapêutico, incorporando conhecimentos e auxiliando no processo de produção de saúde integral. Essa equipe multiprofissional e interdisciplinar constitui-se como retaguarda especializada na Atenção Básica, produz ampliação do escopo de ações e realiza apoio matricial às equipes de referência, ou seja, aquelas diretamente vinculadas ao território.

Recentemente, os NASF's passaram a ser regulamentados pelo Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2, de setembro de 2017, com a denominação de Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF- AB), definindo as equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada e compartilhada com as equipes de Saúde da Família (ESF) e as equipes de Atenção Básica (EAB)<sup>4</sup>. Tem como papel atuar nas dimensões clínico-assistencial e técnico-pedagógica para as ESFs e EABs. Significa dizer que os profissionais que atuam no NASF-AB possuem condições de discutir casos que demandam conhecimentos relativos ao núcleo de saber

de sua categoria profissional, e assim instrumentalizar as equipes apoiadas na realização do cuidado em saúde<sup>14</sup>.

Atualmente, as três modalidades de Nasf-AB, tipo I, II ou III, foram substituídas na forma de redação por equipes multiprofissionais pela Portaria MS/GM N<sup>o</sup>. 2.979, de 12 de novembro de 2019, intitulada de PREVINE BRASIL, que reorienta e redefine o modelo de financiamento da Atenção Primária em Saúde<sup>22</sup>. De acordo com esta normativa, o gestor local tem autonomia para contratar e organizar as categorias profissionais que melhor contemplem as necessidades de saúde, consolidando assim, a equipe multiprofissional em seu território.

A composição de cada equipe do NASF -AB ou equipe multiprofissional pode variar em função da avaliação de situação de saúde do território, ou das estratégias do gestor municipal. Dessa forma, os perfis dos núcleos são diferenciados, mas devem trabalhar conjuntamente com as equipes às quais estejam vinculados. A parceria multiprofissional e interdisciplinar para atendimentos em grupos proporciona um olhar ampliado, objetivando promover saúde e bem-estar, prevenir e tratar doenças e/ou agravos, bem como fomentar uma agenda de temas para educação permanente em saúde das equipes de Atenção Básica<sup>17,18</sup>.

O compartilhamento de experiências entre os núcleos de saberes de cada categoria profissional e o campo comum que conecta e amplia, permite que os profissionais da ESF/EAB e o NASF-AB ou equipe multidisciplinar equivalente conduzam o caso sem, necessariamente, a intervenção da atenção especializada ou do profissional especialista, o que favorece a resolutividade e a integralidade da Atenção Básica (Primária)<sup>4</sup>. São conhecimentos que se ampliam e não são exclusivos de determinado profissional. Um médico, por exemplo, pode se apropriar e repassar orientações básicas sobre alimentação saudável, cultura da paz, saúde mental, assim como um enfermeiro ou um farmacêutico podem orientar sobre o modo adequado de uso de certo psicofármaco, etc. As equipes da Atenção Básica (Primária) – o NASF-AB ou equipes multiprofissionais equivalentes e a ESF – podem e devem desenvolver uma série de atividades

na sua área de abrangência, no seu território, sendo importante a organização dos processos de trabalho de forma a garantir alguns pressupostos, tais como:

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

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

### **Instrumentos que auxiliam na produção de saúde**

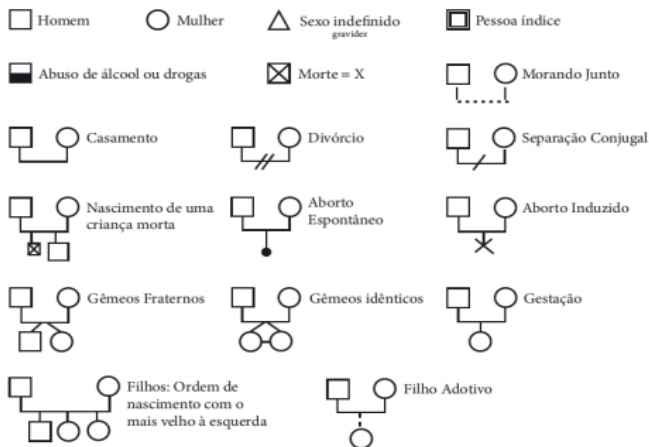
1. Projeto Terapêutico Singular (PTS): é uma ferramenta que possibilita articulação das equipes de saúde para a construção de um plano de intervenção que considera a complexidade do caso e as singularidades do sujeito. Pode ser organizado em quatro fases:
  - a) Diagnóstico e análise: trata-se de uma avaliação completa do sujeito, considerando suas particularidades, dificuldades, potencialidades e sua rede de apoio.
  - b) Definição de ações e metas: refere-se ao desenvolvimento de ações que impactem em curto, médio e longo prazo. Essas ações posteriormente serão discutidas com o paciente e/ou com sua família.

- c) Divisão das responsabilidades: é a etapa de divisão das competências de cada serviço, equipe e profissional envolvido no desenvolvimento do PTS. É importante definir o profissional que será referência no tratamento, com maior vínculo com o usuário, e o profissional responsável pela gestão do caso, que articulará todas as ações.
  - d) Reavaliação: é o momento de discussão e reavaliação do caso. Se for necessário, passará por reformulação ou readequação<sup>12</sup>.
2. Genograma: é um instrumento visual, que se utiliza de formas e símbolos para descrever a organização da estrutura familiar. Possibilita elencar as principais características dos familiares do paciente, o funcionamento das relações, os conflitos e os problemas de saúde<sup>12</sup>. A Figura 7 apresenta as legendas e símbolos que são utilizados na criação de um genograma.

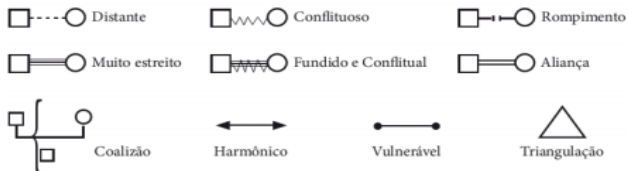
A Figura 8 demonstra um exemplo de genograma familiar. A pessoa índice, ou seja, o usuário ou paciente investigado é João. Pela figura é possível perceber que João é filho de Helena e Inácio. Possui um irmão gêmeo, Jânio, com quem tem bastante proximidade; e um irmão mais novo que foi adotado, Pedro, com quem possui uma relação conflituosa. O genograma demonstra ainda que João é separado de Joana, com quem tem uma filha, Ana Maria, com relação distante. Seu atual relacionamento é com Alessandra, que está grávida, e possui uma relação de desavença ou rompimento com Joana. Alessandra é a segunda filha de Teresa e Jairo, sendo que a primeira foi um aborto espontâneo, e Jairo faleceu em 2010.

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

Figura 7 - Símbolos e legendas do Genograma

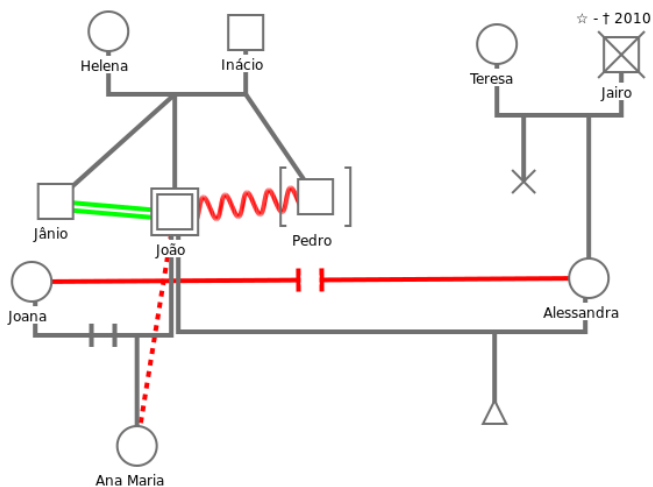


Relacionamentos:



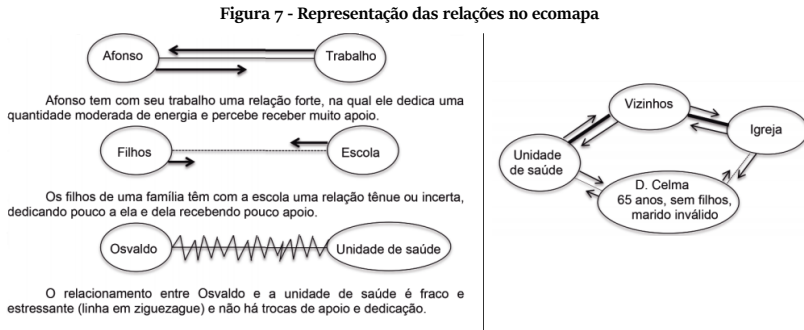
Fonte: Schlithler; Ceron; Gonçalves, 2011; *apud* Ministério da Saúde, Brasil, 2014.

Figura 8 - Exemplo de Genograma



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

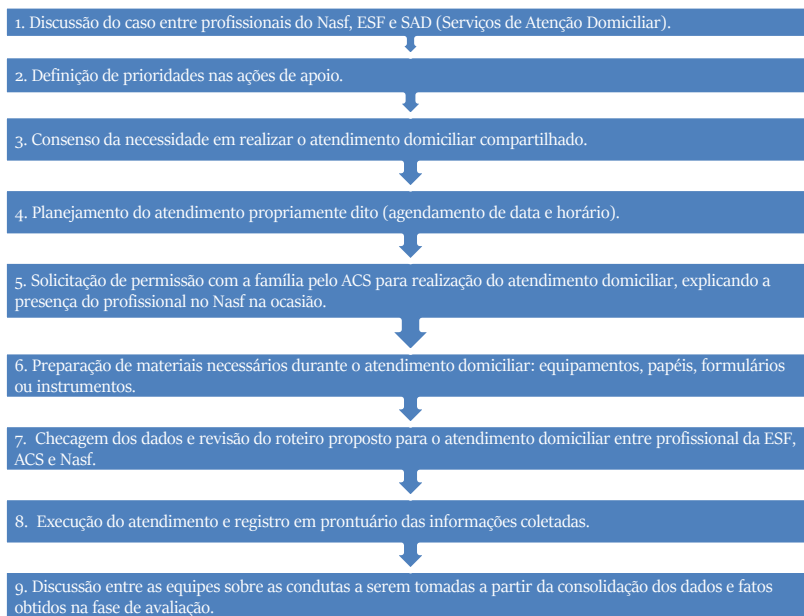
3. Ecomapa: é uma ferramenta utilizada para o mapeamento de redes de apoio, e retrata graficamente as relações familiares e sociais do paciente no momento em que é produzido. Esse instrumento vai se modificando ao longo do tempo, em conjunto com as mudanças do contexto familiar, social e cultural do indivíduo<sup>12</sup>.



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

4. Atendimento domiciliar: permite aos profissionais acesso ao contexto do usuário. Além de servir como recurso diagnóstico, amplia as possibilidades de intervenção, baseadas na situação particular de cada usuário e/ou família. O atendimento domiciliar pode acontecer de forma compartilhada, na perspectiva da interação entre profissionais da ESF /EAB e do NASF-AB, fundamentada no apoio matricial. O vínculo primário do usuário dar-se-á com a equipe de Saúde da Família, e é justamente a qualidade desse vínculo que determinará uma série de fatores essenciais ao êxito das intervenções propostas<sup>12</sup>. Outro aspecto importante a ser considerado nesse tipo de intervenção é que os profissionais do NASF ou de equipe multiprofissional equivalente que darão apoio a esse tipo de atendimento, mostrem respeito aos valores pessoais e culturais da família. Para que essa equipe seja aceita dentro do domicílio e possa passar a ter livre trânsito na comunidade, a figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS) pode se mostrar essencial para consolidar esse processo<sup>12</sup>. Mesmo não havendo roteiro preestabelecido rigidamente de como deve ser organizado o atendimento domiciliar, é possível determinar, de forma geral, alguns aspectos indispensáveis ao bom andamento de uma atividade dessa complexidade, conforme apresentado na Figura 10:

**Figura 8 - Roteiro para atendimento domiciliar**



Fonte: Ministério da Saúde, Brasil, 2014.

5. Atendimento Individual Compartilhado: é natural a realização de atendimento compartilhado de pacientes ou famílias entre as equipes da Estratégia de Saúde da Família e do NASF-AB ou equipe multiprofissional. No geral esse tipo de atendimento representa a primeira oportunidade de conversar diretamente com o paciente. Esse tipo de procedimento permite a discussão do caso antes e após o atendimento e é realizado sempre na presença de pelo menos um membro da equipe da Estratégia de Saúde da Família, um membro da equipe do NASF-AB ou equipe multiprofissional equivalente, o paciente ou seus familiares. O atendimento individual compartilhado pode trazer vários resultados positivos como:
  - a) Fortalecimento do vínculo entre o usuário e a ESF e o NASF-AB ou equipe multiprofissional equivalente;
  - b) Ajustar o conhecimento do caso desse paciente por parte do profissional do NASF;
  - c) Fortalecer o processo terapêutico por meio da presença de um intercessor externo<sup>12</sup>.
6. Atendimento Individual Específico: quando o número de equipes é insuficiente, essa possibilidade deve ser aventada como conduta dos profissionais do NASF. Nesses casos é importante lembrar que precisa ocorrer forte integração entre os

profissionais da ESF/EAB e do NASF-AB ou equipes multiprofissionais equivalentes para não prejudicar o processo de recuperação do paciente<sup>12</sup>.

## **Integração entre o NASF e a RAS**

O NASF-AB ou equipe multiprofissional equivalente é um dispositivo para a superação do modelo de saúde fragmentado, reducionista e tecnicista, influenciando no fortalecimento das redes. Isso porque possibilita o trabalho cooperativo e compartilhado, a articulação de diferentes serviços e equipes profissionais e a valorização do usuário, incluindo-o no processo de produção do tratamento. A organização dos processos de trabalho destas equipes dependerá da necessidade de assistência das unidades de Atenção Primárias. Nesse sentido, pode, por exemplo, focar-se no matriciamento e desenvolvimento de projetos terapêuticos; ou responsabilizar-se por atendimentos compartilhados aos usuários, podendo inclusive atuar em conjunto com outros serviços<sup>12,19</sup>.

O NASF-AB ou a equipe multiprofissional equivalente pode intervir diretamente em conjunto com as equipes de consultório de rua (eCR). Essas equipes multiprofissionais são responsáveis pela ampliação do acesso às populações vulneráveis em situação de rua. Buscam promover a comunicação aberta, o atendimento integral e a articulação de serviços e políticas voltadas para esse grupo. O NASF-AB ou equipe multiprofissional equivalente pode apoiar esse movimento possibilitando integração entre as eCR e a Atenção Básica (Primária), no desenvolvimento dos projetos terapêuticos e na construção de diálogos intersetoriais<sup>12</sup>.

As academias em saúde são espaços de convivência que objetivam incentivar exercícios físicos, práticas integrativas e de vida saudável. O NASF ou equipe multiprofissional equivalente pode auxiliar nas ações das academias de saúde, potencializando a utilização desses espaços para a promoção do cuidado em saúde, para a criação de grupos de educação em saúde e para o enfrentamento de doenças crônicas, entre outras atividades<sup>12</sup>.

Os NASF ou equipes multiprofissionais podem atuar também em conjunto com os CAPS, promovendo articulação dos sistemas de saúde e



comunicação intersetorial, estabelecendo fluxos, auxiliando nas discussões de casos e organizando os processos de trabalho. Já o Programa Saúde na Escola (PSE) é uma política que integra saúde e educação com vistas a promover bem-estar e prevenir doenças. Podem também atuar em conjunto com as instituições por meio de ações para grupos específicos, promovendo oficinas e seminários com temáticas pertinentes a cada ciclo estudantil ou com discussões amplas que envolvem a formação social<sup>12</sup>.

## Referências

1. AMARANTE, P. Saúde mental e atenção psicossocial. 3 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27). Disponível em: <https://saude.to.gov.br/atencao-primaria--/cadernos-da-atencao-basica>.
3. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde. DF, 2011. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm)
4. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria de Consolidação N. 2 de 28 de setembro de 2017. Política Nacional da Atenção Básica Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-2-Politicas.html#>
5. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia prático de matriciamento em saúde mental / Dulce Helena Chiaverini (Organizadora) [et al.]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_matriciamento\\_saudemental.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf)
6. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Brasília, DF, Editora MS, 2004. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm)

7. MINISTÉRIO DA SAÚDE. RAPS: Rede de Atenção Psicossocial – Portaria Nº 3.088/2011. Brasília, DF, 2011. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica Nº 11 de 04 de fevereiro de 2019, que reúne legislação e portarias sobre a Política Nacional de Saúde Mental. DF, 2019 <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>.
9. UNASUS. Redes de Atenção à Saúde: Rede de Atenção Psicossocial - RAPS. Edufma, 2018
10. MINISTÉRIO DA SAÚDE / Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005.
11. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília, DF, Editora MS, 2004. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2002/prto336\\_19\\_02\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2002/prto336_19_02_2002.html)
12. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Disponível em: <https://saude.to.gov.br/atencao-primaria--/cadernos-da-atencao-basica>
13. SILVA, Adriana da; LIMA, Ana Paula de; ROBERTO, Clarice; BARFKNECHT, Kátia S.; VARGAS, Lisiane Falleiro; KRANEN, Mônica e NOVELLI, Sandro. Matriciamento na Atenção Básica: Apontamentos para a III Conferência Municipal de Saúde Mental. Ano: 2010. Disponível em: [http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu\\_doc/matriciamento.pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/matriciamento.pdf)
14. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Nº 154 de 24 de janeiro de 2008. Brasília, DF, 2008. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2008/prto154\\_24\\_01\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2008/prto154_24_01_2008.html)
15. IGLESIAS, A. AVELLAR, L. Z. Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. In: Rev. Ciência e Saúde Coletiva, 2017.

16. ONOCKO-CAMPOS, R. T.; et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. 2011. Acesso em 23 de outubro de 2018 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n1/2502.pdf>.
17. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176, (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em: <https://saude.to.gov.br/atencao-primaria--/cadernos-da-atencao-basica>
18. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. Práticas Farmacêuticas no Núcleo Ampliado de saúde da Família -Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/praticas\\_farmaceuticas\\_nasfab](http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/praticas_farmaceuticas_nasfab)
19. CASARIL, C. M. C. et al. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-Ab) Diretrizes e Processos. Secretária de Estado da Saúde do Paraná, 2018.
20. FIGUEIREDO, E. N. Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos. UNASUS - UNIFESP, 2009, 21 p. Disponível em: [https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/2/unidades\\_conteudos/unidade05/unidade05.pdf](https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf)
21. CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Disponível em [https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102311X2007000200016&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102311X2007000200016&script=sci_arttext&tlng=pt)
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete ministerial. Portaria N° 2.979/2019 Previne Brasil. Brasília, 2019. Disponível em: <https://brasilsus.com.br/wp-content/uploads/2019/11/portaria2979.pdf>
23. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete ministerial. Portaria de Consolidação N° 03 de setembro de 2017. Brasília. Distrito Federal, 2017. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prcoo03\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prcoo03_03_10_2017.html)
24. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete ministerial. Portaria N.ª 3588/2017. Brasília. Distrito Federal, 2017. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html).

## Capítulo 4

### Práticas em saúde mental

*Ana Carolina Peixoto do Nascimento*

*José Erson Douglas de Souza Nery Neto*

*Leandro Guimarães Garcia*

*Maria Zulene Saturno da Silva*

*Natália Pinheiro Basan*

*Nereu Gomes Neto Léda*

*Sonielson Luciano de Sousa*

*Tiago Veloso Neves*

*Veridiana de Cassia Barreto Cesarino*

*Viviane Souza Paiva*

### Práticas integrativas e complementares

Desde 2006, o Sistema Único de Saúde incorporou em seu escopo de ofertas as práticas integrativas, entre as quais se destacam a Acupuntura, a Homeopatia, a Fitoterapia, entre outras. A inserção dessas práticas medicinais (do latim *mederi*, que significa “saber o melhor caminho”, “curar”) enquanto práticas legitimadas no SUS, ocorre a partir das Portarias Interministeriais N° 971/2006 e N° 1.600/2006, com a criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)<sup>1</sup>.

Desse modo, a busca pela ampliação da oferta de ações de saúde, com a implementação das Práticas Integrativas e Complementares no SUS possibilita o acesso da população a serviços antes restritos ao público privado.

Nessa perspectiva, a PNPIC visa garantir os princípios básicos do SUS (integralidade da atenção, universalidade do acesso e equidade na atenção as necessidades singulares de cada sujeito), bem como, possibilitar a visão ampliada do processo saúde-doença. Após 11 anos da criação da PNPIC, em 2017 foram incorporadas mais 14 práticas, sendo elas: ayurveda, homeopatia, medicina tradicional chinesa, medicina antroposófica, plantas medicinais/fitoterapia, arteterapia, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, termalismo social/crenoterapia, yoga e terapia comunitária integrativa<sup>2</sup>.

## **Meditação**

Meditação é uma prática milenar muito presente em culturas antigas, de maneira especial em países orientais. No ocidente o termo “meditar” costuma ser utilizado no sentido de refletir de maneira profunda sobre alguma coisa. A Meditação, no sentido oriental e em suas práticas derivadas, tem sentido oposto: o objetivo é justamente interromper temporariamente o processo de pensamento e voltar-se para a contemplação, ou “raciocínio não analítico ou não discriminativo”, termo utilizado pelo Ministério da Saúde<sup>2</sup>. A prática meditativa, independente da técnica ou meio usado para tal, tem a finalidade e a propriedade de reduzir a agitação da mente, se possível atingindo o estado psicológico de “êxtase”, no qual a mente se desliga temporariamente dos estímulos externos. Na Índia, esse estado é chamado de “Samadhi”<sup>3</sup>. Existem inúmeras técnicas meditativas ou formas de se praticar meditação, tais como a meditação Shamata, Meditação Transcendental, Meditação Caminhando, Mindfulness, Loving-kindness, Tai Chi Chuan, Zazen, entre tantas outras. Algumas delas se baseiam na observação atenta dos sons, ou mesmo das partes do corpo, ou na tentativa forçada de suprimir impulsos para assim dominar a agitação mental, e assim por diante.

A Sociedade Portuguesa de Meditação e Bem-estar sugere algumas classificações para os diversos tipos de meditação, e as categorias mais abrangentes são:

1. Atenção Focada (AF): correspondem às práticas que, a partir de um objeto mental específico (a respiração, um local, uma pessoa, entre outros), é desenvolvido um trabalho de concentração, afastando da mente os pensamentos dispersivos. É o caso da respiração Shamata.
2. Monitorização Aberta (MA): são as práticas meditativas voltadas para intensificar a consciência dos fenômenos que acontecem no meio interno e externo, cultivando um olhar menos baseado no juízo e mais baseado na contemplação e atenção. É o caso da meditação Mindfulness, também conhecida como meditação de Atenção Plena.
3. Compaixão e Bondade/amor ilimitados: são técnicas que visam cultivar a empatia, a benevolência, a compaixão e a compreensão em relação ao próximo e a si mesmo.

Estas técnicas têm sido utilizadas tanto com o público em geral como focadas em profissionais de saúde que correm maior risco da Síndrome de Burnout. A técnica provavelmente mais conhecida dentro desta categoria é a Meditação LovingKindness.

## **Benefícios das práticas meditativas**

Entre os resultados mais reportados pela literatura científica em revisões sistemáticas e de meta-análise estão: a redução do stress<sup>4</sup>, da depressão, ansiedade<sup>5</sup>, cefaleia primária<sup>6</sup>, controle do transtorno de stress pós-traumático<sup>7</sup>, redução da pressão arterial<sup>8</sup>, redução da dor crônica<sup>5,12</sup>, como auxiliar no controle da insônia e melhorar a qualidade do sono<sup>9</sup>, entre outras condições. Deepak<sup>10</sup>, relata ainda que a meditação produz um efeito surpreendente: promover relaxamento e, ao mesmo tempo, melhorar a cognição. Curiosamente, isso já era descrito desde a antiguidade: na literatura tradicional se diz que a mente, tendo afastado os turbilhões de pensamentos, poderá enxergar com mais clareza a realidade e, a partir daí, resolver com mais facilidade seus conflitos internos.

Isso explicaria o potencial para o tratamento de questões como depressão, ansiedade e stress ao se utilizar a meditação. Porém esse resultado deve ser alcançado com a persistência da prática, e pode ser realizada concomitantemente ao tratamento medicamentoso ou psicoterapêutico, sendo que, para depressão, o American College of Physicians<sup>11</sup> recomenda todos esses tratamentos, podendo ser utilizados em separado ou associados.

### **Números de sessões/intervenções com práticas meditativas**

O número de sessões ou a frequência da prática pode variar de indivíduo para indivíduo. No caso específico da meditação, pode variar especialmente em decorrência do processo de adaptação do indivíduo (em tese, um indivíduo mais ansioso levará mais tempo para se concentrar profundamente e se adaptar à prática), mas é possível perceber, de maneira geral e empiricamente, que com apenas uma sessão de meditação o praticante se sente menos estressado, mais relaxado e, por vezes, alguns praticantes referem sentir-se mais contentes após a prática meditativa, mesmo na primeira vez. Ou seja, pouca meditação já tem um efeito melhor do que nenhuma meditação. Além disso, a julgar pela diversidade de técnicas ou métodos de meditação existentes, é possível pressupor que os diversos tipos de meditação possuem semelhante eficácia.

Para aqueles que desejam iniciar uma prática meditativa ou começar a conduzir práticas meditativas com seus pacientes, uma das técnicas mais básicas é a meditação Shamata, utiliza o foco na respiração como meio para atingir seus objetivos, quais sejam controlar a ansiedade, stress, dor, e assim por diante. Neste tipo de técnica, o praticante deverá buscar uma posição confortável, de preferência sentado (em uma cadeira ou em colchonete, como se sentir melhor) ou deitado. Tendo encontrado uma posição estável, inicie um trabalho respiratório em uma relação 1:2, ou seja, inspirando em um tempo, e expirando no dobro do tempo. Um tempo razoável para se iniciar seria inspirar em 2 segundos e expirar em 4 segundos. Ao contar o tempo respiratório, o praticante treinará seu foco, e

ao adotar uma relação 1:2, será gerado um efeito relaxante e ansiolítico pela modulação do Sistema Nervoso Autônomo. É normal perder-se na contagem, e nesse caso o praticante deverá retornar o pensamento à contagem da respiração.

É possível aumentar o nível de exigência dessa técnica ao contar os ciclos respiratórios (apenas para reforçar: ciclo respiratório = 1 inspiração + 1 expiração). Dessa maneira, o praticante deverá manter a atenção na contagem do tempo respiratório sem perder mentalmente a contagem dos ciclos. Pode-se iniciar com sete ciclos respiratórios, e ir aumentando a quantidade de ciclos à medida que a execução da mesma se torna mais fácil. Esta técnica tem ainda a vantagem de não precisar de um instrutor para guiar a prática, uma vez que a pessoa tenha entendido a premissa básica da técnica.

## **Mindfulness**

Dentre as técnicas de meditação, o Mindfulness (que em tradução livre significa Atenção Plena) é uma das mais usadas na Atenção Básica do SUS<sup>13</sup>. Sistematizada nos Estados Unidos pelo Dr. Jon Kabat-Zinn, professor de Medicina e diretor da Stress Reduction Clinic, no Centro Médico da Universidade de Massachusetts<sup>14</sup>, a meditação pela Atenção Plena foi alvo de vários testes experimentais desde o início dos anos 1990<sup>15</sup> e pode ser praticada por qualquer pessoa, independentemente de crenças, religião e aspectos culturais.

O cientista Kabat-Zinn<sup>15</sup> define Mindfulness como um método de atenção plena, onde é possível ao paciente/usuário concentrar-se no momento atual, com autocompaixão e sem julgar a si próprio. Neste sentido, a meditação favorece que o praticante entre em contato com o aqui e agora, sem conjecturas em relação ao passado ou ao futuro, sem cenários geradores de estresse e ansiedade<sup>16</sup>.

Trata-se de uma técnica já amplamente estudada pela ciência não apenas nos Estados Unidos da América, mas também na Inglaterra, país



que acabou inserindo o Mindfulness em seu sistema de saúde pública<sup>17</sup>. No Brasil, o protocolo começou a ser utilizado com mais frequência pelo SUS a partir das pesquisas e treinamentos realizados, sobretudo, pelo Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM-Unifesp), na última década<sup>18</sup>.

Dentre as pesquisas mais consistentes estão o uso de Mindfulness para atenuar os sintomas de fibromialgia<sup>19</sup>, dor crônica<sup>20</sup>, estresse e ansiedade<sup>21</sup>, além de prevenir os sintomas de depressão<sup>22</sup> dentre outros benefícios.

Em relação ao contexto de uso de Mindfulness associado a outras terapêuticas, estudos apontam que a técnica pode ser usada de modo auxiliar no uso de psicoterapia e/ou acompanhamento psiquiátrico<sup>15</sup>. Mas, em alguns casos, pode gerar efeitos colaterais relacionados a repulsa à técnica, sobretudo em pacientes com perfil hipercrítico ou com atitude opcionista<sup>23</sup>. De modo geral, no entanto, há poucos relatos na literatura científica referentes a efeitos colaterais indesejados

## **Intervenção baseada no Mindfulness indicado para pacientes jovens e adultos**

O processo pode ser feito num período inicial de 30 minutos e, com o passar do tempo, aumentar a duração. Os encontros devem ser semanais. Ao final de cada intervenção os pacientes devem ser convidados a exporem o que acharam do processo. Esta proposta de intervenção é apenas em relação à meditação convencional. O protocolo integral, no entanto, também contempla outros cenários, como meditar enquanto se alimenta ou durante uma caminhada, por exemplo.

Dicas:

1. Procure um local/sala confortável, com boa ventilação e iluminação, e pouca incidência de barulho;
2. Organize almofadas confortáveis, tapetes e/ou cadeiras, de modo que os praticantes possam passar o máximo de tempo numa mesma postura;

3. No Mindfulness não se usam outros recursos além da própria atenção ao momento presente. Neste sentido, o paciente deve ser convidado e acalmar a respiração, alongar a coluna, elevar a cabeça, relaxar os ombros e observar os pensamentos, numa atitude de não julgamento;
4. Para facilitar o processo dos iniciantes, convide-os a trazer a atenção para a respiração – observar o ar que entra e sai pelas narinas, além de observar as sensações do corpo quando o pulmão estiver em expansão e em contração;
5. Num outro momento, orientar o paciente a observar os sons internos – do corpo – e externos – do ambiente –, além de tentar perceber as tensões musculares, dores localizadas ou quaisquer outros desconfortos, sem tentar alterá-los, apenas observando-os;
6. Para reforçar o processo, instigue o paciente e demarcar os estados mentais que ele experimenta, como ‘agora sinto que estou agitado’, ‘há um pensamento que insiste em permanecer’, ‘estou com desconforto’, etc.;
7. Por fim, o tempo inteiro convide o paciente a trazer a atenção para as sensações do corpo e como este os experiencia. Instigue-os a conectar-se com essas sensações e, desta forma, abandonarem progressivamente as projeções do futuro ou memórias do passado;
8. A prática deve envolver uma atitude de autocompaixão e de relaxamento.

## Yoga

O yoga é conhecido como antiga tradição indiana, no qual são utilizadas práticas de cunho físico, mental e espiritual, com influências provenientes do hinduísmo, budismo, jainismo e sikhismo. A história dessa prática remonta ainda dos anos 1900 a.C., abrangendo diferentes escolas, tipos, estilos, bem como textos sagrados e mestres espirituais<sup>24</sup>.

Foi esquematizada por Pantajali em oito passos<sup>24</sup>:

- 1) Yama, as abstinências, ou seja, veracidade, honestidade, a não violência, não perversão do sexo, desapego;
- 2) Nyiama, as regras de vida (alegria, serenidade, pureza, harmonia, estudo etc);
- 3) Ásanas, posições do corpo;
- 4) Pranayama, controle da respiração;
- 5) Pratyahara, relacionado ao controle das percepções sensoriais orgânicas;
- 6) Dharana, concentração;
- 7) Dhyana, meditação; e
- 8) Samadhi, que é a contemplação correta.

Atualmente, há predominância da prática do hatha-yoga, que está associado aos ásanas, correspondendo às posturas corporais e apresenta distintas nuances e estilos. Em muitos casos, o yoga é utilizado como ação terapêutica para alguns tipos de sintomas ou mesmo patologias, além da possibilidade de exploração do potencial produtivo sobre o autoconhecimento, proporcionado pela técnica, bem como a contribuição da mesma para o estímulo de hábitos saudáveis<sup>24</sup>.

No Ocidente, as bases do yoga chegaram ainda no final do século XIX e ao Brasil, no início do século XX. Porém, somente no século XXI, o yoga passou a ser considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como atividade classificada como prática mente-corpo. No país, a inserção do yoga no Sistema Único de Saúde (SUS) ocorreu através da Portaria 719, de 07 de abril de 2011, criando assim o Programa da Academia de Saúde<sup>25, 26</sup>.

Podem ser verificados diferentes benefícios relacionados à prática do yoga, como: contribuições físicas (encorajamento de dietas e hábitos saudáveis e consciência corporal); contribuições filosóficas/psíquicas (desenvolver capacidade contemplativa e expansão da percepção da totalidade); e contribuições sociais, as quais estão vinculadas a uma nova sociabilidade – desenvolvimento de cultura de paz e estilos de vida e valores com maior promoção quanto à tolerância de diferentes grupos; reeducação de hábitos que apresentam relação com vícios considerados legais e ilegais (medicamentos, alimentos, álcool, drogas ilícitas, etc.)<sup>24</sup>. Com isso, é notória a associação existente entre a filosofia do yoga com a Promoção da Saúde, uma vez que contribui para maiores cuidados quanto às condições crônicas ligadas a fatores físicos e psíquicos, no qual o recurso de modelo de cuidado biomédico vem alcançando resultados<sup>27</sup>.

Outro fator relevante é que a aplicação do yoga na área laboral, produz resultados positivos, com distintos desenhos de programas, em especial para diminuição do estresse, melhoria na qualidade do sono e variação do ritmo cardíaco; fortalecer a vitalidade de profissionais que

trabalham em hospitais; ansiedade, humor e estresse laboral de trabalhadores de período integral; e fitness funcional e flexibilidade<sup>24</sup>.

Apesar de ter chegado ao ocidente recentemente, foi averiguado rápido avanço quanto a essa prática nas maiores capitais, denotando a importância do estudo e esclarecimento sobre suas aplicações no campo da saúde. Com isso, o yoga pode ser considerado filosofia ou mesmo visão de mundo, bem como prática mente-corpo, onde são abordadas técnicas fisiológicas e psíquicas, que tem por finalidade cessar as flutuações da mente e alcançar estado de identificação do ser como sua própria essência.

Para a prática do Yoga é preciso que o indivíduo planeje os horários e dias que irá praticar, respeitando sempre os seus próprios limites. Deve se organizar a respeito de quantos minutos terá disponível para a prática. Lembrando que é importante cumprir o que foi planejado, pois o Yoga é um plano mental, e quando a pessoa não se compromete, há uma tendência à autossabotagem, muitas vezes manifestada através da procrastinação na rotina diária, impedindo a realização daquilo que era desejado.

Não podemos esquecer que o yoga é um meio para preparar o corpo e a mente, com a união através da prática da meditação. Para tanto é necessário que o indivíduo permaneça respirando, com a mente focada no momento presente, e atento a cada movimento de seu corpo. Quando perceber que está pensando em outras coisas que não a prática, deve retornar sua atenção mental para a postura, percebendo a musculatura, a estabilidade e se existe tensão ou relaxamento, respirando profundamente com atenção.

Desse modo, o asana agirá não somente no seu corpo físico, mas também no seu campo mental e emocional, permitindo que as transformações profundas da yoga aconteçam, permitindo desta forma que a pessoa diminua o estresse e controle a ansiedade.

## **Arteterapia**

A arte como forma de expressão do ser humano exerce a função intermediadora entre o consciente e o inconsciente, como uma via de mão

dupla. Possibilita a expressão de conteúdos psíquicos, conflitivos, dos medos, anseios interiores e exteriores etc. Desse modo, expressar-se através da arte facilita o conhecimento, aceitação e transformação de conteúdo em novas estruturas psíquicas mais integradas.

O homem das cavernas já utilizava a arte como meio de catarse, ou seja, liberação daquilo que estava reprimido e não aceito, sendo essa uma forma de demonstrar seus sentimentos e emoções. Muitas foram às manifestações de dor, angústias, lutas, mortes, vitórias e alegrias representadas nas pinturas rupestres, suscitando as discussões sobre as projeções do inconsciente representadas por imagens e símbolos.

A expressão de desenhos na arteterapia pode dar-se de maneiras distintas: os desenhos espontâneos, feitos por pessoas que começam a desenhar por conta própria sem que alguém tenha solicitado; e os desenhos de improviso, executados a pedido, sob um impulso repentino, sem preparação, podendo ser tanto um desenho livre ou um desenho de um tópico preestabelecido<sup>28</sup>.

Carl Gustav Jung<sup>29</sup> enfatizou a importância dos símbolos em seus escritos. Os símbolos não aparecem somente nos sonhos, podem surgir em qualquer forma de manifestações psíquicas; como em pensamentos, ações, sentimentos etc. Uma das formas pelos quais os símbolos expressam a sua importância é por meio da arte. Portanto, qualquer expressão artística, por mais simples e desprovida de técnica ou estilo, sempre é motivada por conteúdos profundos de quem a realiza. Uma das obras usadas para compreender os símbolos é o Dicionário de símbolos de Jean Chevalier e Alain Gheerbrant.

Os símbolos estão no centro da vida imaginativa. Revelam segredos inconscientes, conduzem às mais recônditas molas da ação<sup>30</sup>.

Furth<sup>28</sup> percebeu que havia uma ligação direta, inconsciente, entre patologias psíquicas e somáticas. Dessa forma, quando o inconsciente “fala” por meio de um desenho, ele normalmente exprime anomalias somáticas potenciais que a mente consciente não está preparada para encarar ou não consegue compreender.

Carl Jung viu o valor dos desenhos como revelação dos símbolos do inconsciente e percebeu que eles poderiam ser úteis como agentes de cura. No entanto, ele não desenvolveu nenhum método para análise de desenhos. Foi Jolande Jacobi que se desenvolveu essa tarefa no seu livro *Vom Bilderreich der Seele*, onde ela se arriscou a ensinar a interpretação de desenhos de outras pessoas. Segundo Jacobi<sup>31</sup>, “o símbolo é, então, uma espécie de instância mediadora entre a incompatibilidade do consciente e do inconsciente, um autêntico mediador entre o oculto e o revelado.” Jung<sup>32</sup> conclui que “Não é nem abstrato nem concreto, nem racional nem irracional, nem real nem irreal; são sempre ambos.” Por causa de sua qualidade mediadora, constrói pontes entre os opostos, dinamizando a psiquê. Portanto, para Jung, o símbolo não encerra conteúdos reprimidos e censurados. É um produto da natureza humana; permite que a psiquê expresse sem esgotar a sua potencialidade.

As artes, em geral, têm o poder de alcançar emoções profundas, como refere Brown<sup>33</sup>, elas podem mudar a maneira como o paciente se sente em relação ao mundo e a si mesmo. O terapeuta, por meio da arteterapia consegue examinar a forma como o paciente olha para si mesmo e para o mundo.

Nise da Silveira, médica psiquiatra, contrariou as técnicas terapêuticas psiquiátricas existentes nos anos 50 e 60 do século passado e propôs que a terapia ocupacional ultrapassasse os limites de lazer e distração para os internos dos hospitais psiquiátricos. Ela criou então um ateliê de pintura, escultura, sala de jogos, oficina de encadernação e atividades de recreação ao ar livre. Essas condições favoreceram as expressões verbais e não verbais dos internos. Desta forma, “os sintomas encontraram oportunidades para se exprimir livremente; o tumulto emocional tomou forma, despotencializando-se. Ao mesmo tempo, ocorria o fortalecimento do ego e aumentava o relacionamento social de acordo com as possibilidades adaptativas”<sup>34</sup>. Nesses pacientes, mergulhados nas profundezas do inconsciente e impossibilitados de elaborações cognitivas e verbais, o único meio de comunicação é o não verbal, através das técnicas artísticas.

Essa observação oportunizou ao indivíduo em tratamento a descoberta de atividades expressivas e criadoras, abrindo novas perspectivas de aceitação social, através da expressão artística, munindo-os de um meio para manter seu equilíbrio psíquico, ao qual poderá recorrer sozinho<sup>34</sup>.

Terapias a base de artes plásticas como desenho, pintura, recorte, colagem e modelagem dirigem-se para o “mundo interno” do sujeito, o inconsciente, permitindo que manifestem imagens significativas de seus conflitos internos e, conseqüentemente, a remoção de alguns obstáculos. Neste sentido, desencadeiam-se processos de elaboração profunda, possibilitando encontrar determinada ordem simbólica para a desordem do sofrimento.

## **Musicoterapia**

A musicoterapia é voltada para o estudo do ser humano e de suas manifestações sonoras, e interação entre pessoas e a música, ou os sons e seus elementos, tais como timbre, altura, intensidade e duração<sup>35</sup>. Atualmente existem vários estudos e pesquisas<sup>36</sup> a respeito da importância da música e o que ela pode representar através de seus ritmos, sons, silêncios e outros elementos sonoro-musicais<sup>37,38</sup>.

Conforme a definição da World Federation of Music Therapy (WFMT), musicoterapia

É a utilização profissional da música e seus elementos, para a intervenção em ambientes médicos, educacionais e cotidiano com indivíduos, grupos, famílias ou comunidades que procuram otimizar a sua qualidade de vida e melhorar suas condições físicas, sociais, comunicativas, emocionais, intelectuais, espirituais, de saúde e bem-estar. A educação, a prática e o ensino clínico em musicoterapia são baseados em padrões profissionais de acordo com contextos culturais, sociais e políticos (WFMT, 2011).

Assim, a musicoterapia busca trazer a dimensão sonoro-musical à consciência das pessoas. A expressão da sonoridade pode auxiliar na construção de ações que promovam bem estar e melhoria da qualidade de vida das pessoas<sup>37, 38, 39</sup>.

Segundo Bruscia<sup>39</sup>, as experiências utilizadas na musicoterapia são audição, recriação, improvisação e composição, podendo ser aplicadas conjunta ou separadamente. Nesse sentido, a prática da musicoterapia pode se inserir nos âmbitos da promoção, prevenção, e reabilitação da saúde física, psíquica, emocional e social de pessoas, grupos e comunidades<sup>37</sup>. Por esta ótica, pode-se inserir essa prática em escolas, clínicas, hospitais gerais, empresas, instituições de cunho socioeducativo, como também em associações ou outros agrupamentos de pessoas, assim como em programas de atenção à saúde de crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos. No Brasil já temos várias experiências da musicoterapia aplicada ao SUS em cidades, como Brasília (DF), no Hospital da Criança.

A prática da musicoterapia é diferente da atuação de um músico. Isso porque o musicoterapeuta deve ter formação específica em graduação e pós graduação; e deve possuir um conjunto de conhecimentos relacionados à prática do cuidado, tais como psicologia, psiquiatria, neurologia, etc.

Lembre-se, o mais importante na prática musicoterapêutica não é a estética, mas, sim, a subjetividade, ou seja, aquilo que é expresso pelo sujeito.

A escuta do musicoterapeuta é treinada e aguçada para o reconhecimento da subjetividade. Assim, os instrumentos de trabalho vão além daqueles específicos, os objetos e ruídos fazem parte do material sonoro, não focando apenas na música em si. A conceituação de música na musicoterapia é diferente do conceito de música para o músico, pois “a análise musical é feita articulando os aspectos musicais produzidos pelo paciente à sua história de vida, à sua história clínica e/ou, ainda, ao seu momento”<sup>40</sup>. Assim, mesmo pessoas que não conhecem nenhum instrumento, ou que possuem limitações com afinação ou ritmo, ou ainda com deficiência mental ou física podem participar da musicoterapia.



A musicoterapia pode ser utilizada como incentivo ao desenvolvimento da humanização nos hospitais, nas unidades básica de saúde e na estratégia saúde da família <sup>41, 42, 43, 44</sup>. Pimentel<sup>45</sup> apontou as possibilidades da musicoterapia na operacionalização da Política Nacional de Humanização.

É necessário reconhecer a musicoterapia como um potente instrumento mobilizador, no sentido de permitir a expressão por meio da improvisação, composição e recreação. O cenário criado pela musicoterapia permite intensificar os efeitos terapêuticos de um tratamento, por meio da “produção dos sentimentos, pensamentos e atos dinamicamente transformados no contato com o outro. Essa prática se difere da simples utilização da música na sala de espera”<sup>42</sup>.

### **Intervenção indicado para crianças, jovens, adultos e idosos com a musicoterapia**

O processo pode ser feito num período inicial de 45 minutos e, com o passar do tempo, aumentar a duração. Os encontros devem ser semanais. Ao final de cada sessão os pacientes devem ser convidados a exporem o que acharam do processo. O atendimento poderá ser individual ou coletivo. Para tanto, veja as seguintes dicas:

- 1) O setting musicoterapêutico pode ser um local/sala confortável, com boa ventilação e iluminação, pouca incidência de barulho e de preferência com isolamento acústico ou que seja distante das outras salas de atendimento para que não haja a interferência sonora das sessões nos outros atendimentos, mas também pode acontecer na sala de espera de uma unidade se o objetivo for trabalhar diretamente com o acolhimento;
- 2) Organize as sessões pensando em três momentos: aquecimento, desenvolvimento e fechamento. Na sala os mais variados instrumentos musicais deverão estar disponíveis de modo que os pacientes tenham acesso a qualquer um deles de forma espontânea e/ou induzida;
- 3) Na Musicoterapia qualquer elemento sonoro deve ser considerado, desde os instrumentos musicais convencionais aos instrumentos musicais alternativos. Além dos instrumentos são utilizados aparelhos sonoros para que as músicas

- possam ser utilizadas para fruição, movimentação ou outras formas de interação;
- 4) Faça a ficha musicoterapêutica individual com cada paciente e/ou responsável, para que seja feito o levantamento necessário quanto a história sonora musical de cada paciente, músicas da sua infância, gêneros musicais preferidos e também os que não gostam, sons e ruídos que causam algum tipo de emoção ou reação, se toca algum instrumento musical ou não, artistas de sua preferência entre outros pontos.
  - 5) Para facilitar o processo dos iniciantes nas sessões iniciais, convide-os a compartilhar ao menos uma canção que retrate sua história de vida, para que assim tenha material de trabalho para vários encontros por meio das técnicas musicoterapêuticas recriação e audição musical;
  - 6) Num outro momento, onde o vínculo terapêutico já esteja consolidado, os pacientes poderão ser convidados a participarem de processos de improvisação e composição musical;
  - 7) Por fim, ao final do processo musicoterapêutico poderão aparecer alguns possíveis desdobramentos como por exemplo: um grupo de canto, um grupo de percussão corporal ou vocal, a criação de uma banda e todos esses potenciais poderão ser valorizados de acordo com o contexto, com a necessidade de cada indivíduo e dos objetivos terapêuticos que foram trabalhados;
  - 8) Todas as sessões devem envolver uma escuta atenta, ativa e sem juízos de valores. No processo musicoterapêutico não há valores como “toca bem, toca mal”, “canta bem, canta mal”, “música boa, música ruim”. Ao contrário trabalhamos tendo como premissa o respeito a individualidade e com a certeza da potencialidade existente em cada ser humano.

## **Leitura como opção terapêutica**

A Biblioterapia, palavra que se origina da junção de dois termos latinos – biblio (livro) e terapia (tratamento), é uma técnica que pode ser usada para auxiliar o paciente a atenuar o mal-estar<sup>46</sup> decorrente de alguma demanda em saúde mental. Este procedimento já vem sendo utilizado desde a Grécia Antiga<sup>47</sup>, tendo em vista que gregos e, mais à frente, cristãos medievais, renascentistas e iluministas<sup>48</sup>, reforçaram o caráter ‘curativo’ da leitura. De acordo com Orsini<sup>49</sup>, as pesquisas mais consistentes em Biblioterapia, dentro do paradigma científico vigente, começaram a avançar por volta da década de 1950, a partir de um estudo de

pós-doutoramento realizado nos Estados Unidos, na Universidade de Stanford. De lá para cá, foram realizados centenas de novos experimentos.

A leitura atua na dimensão da emancipação pessoal e política, uma vez que amplia o repertório cultural dos sujeitos interferindo na modulação de comportamentos, tendo em vista que, pelo autoconhecimento, o leitor/paciente pode se utilizar de qualidades racionais tais como o intelecto e a compressão cognitiva para alterar padrões de comportamentos repetitivos e, muitas vezes, nocivos<sup>46</sup>. Nesse sentido, de acordo com Ouknin<sup>50</sup>, a biblioterapia proporciona que o sujeito/paciente mantenha uma relação com o texto que garante interpretação, avaliação e criação de cenários, o que favorece à ampliação do mundo subjetivo (próprio, íntimo do sujeito); ao (re)construir a narrativa proposta pela leitura, o paciente tem a oportunidade de compreender a si próprio<sup>51</sup>. A leitura também é capaz de gerar um efeito terapêutico eficaz, porque proporciona ao leitor reações que o liberam das pressões psíquicas decorrentes de tensões, a partir de um processo de identificação com a história ou personagem<sup>46</sup>. Além disto, no campo da Neurociência e Neuropsicologia, o hábito de ler está inscrito num conjunto de práticas que colaboram para diminuir a incidência de doenças neurodegenerativas progressivas como o Alzheimer<sup>52</sup>.

Numa unidade de Atenção Básica de Saúde, a biblioterapia pode ser aplicada por psicólogos, médicos, enfermeiros, farmacêuticos e assistentes sociais. É indicada como terapêutica complementar para problemas de ordem psicológica, enfrentados por crianças, jovens, adultos, idosos, doentes crônicos, deficientes e dependentes das mais diferentes drogas. A aplicação da técnica pode ser feita de modo individual ou em grupo. Neste último caso, além dos resultados relatados anteriormente, ainda facilita o processo de socialização do paciente<sup>46</sup>.

Não há contraindicações para a biblioterapia, sobretudo se o mediador tiver a sensibilidade de indicar uma leitura condizente com o problema apresentado pelo paciente – ou grupo de pacientes –, além de observar faixa etária, renda e familiaridade com o processo de leitura e interpretação<sup>53</sup>. Nesse sentido, a técnica é uma grande aliada do processo

psicoterapêutico, e pode ser aplicada concomitantemente com outras intervenções, como o uso de medicamentos e de um programa contínuo de atividades físicas, por exemplo. Neste sentido, vejamos um exemplo de intervenção com base na biblioterapia:

- 1) O mediador deve escolher um local adequado para a realização das reuniões do grupo;
- 2) O mediador também deve ter ou desenvolver a capacidade de instigar as pessoas a lerem e verbalizarem acerca de suas impressões/considerações sobre a obra;
- 3) Formar grupos homogêneos para leitura e discussão de temas previamente escolhidos;
- 4) Preparar listas de material bibliográfico adequadas às necessidades de cada grupo, e escolher outros materiais (filmes, músicas), de acordo com a idade e necessidades a nível cultural e social dos participantes;
- 5) O biblioterapeuta deve usar de preferência materiais com os quais esteja familiarizado;
- 6) Deve selecionar materiais que contenham situações familiares para os participantes do grupo, mas que não precisam necessariamente conter exemplos idênticos aos vividos pelas pessoas envolvidas no processo;
- 7) Selecionar materiais que traduzam de forma precisa os sentimentos e os pensamentos das pessoas envolvidas sobre os assuntos e temas abordados, com exceção de materiais que contenham uma conotação muito negativa do problema, como poesias sobre suicídios, por exemplo;
- 8) Deve selecionar materiais que estejam de acordo com a idade cronológica e emocional da pessoa, sua capacidade individual de leitura e suas preferências culturais e individuais;
- 9) Optar por selecionar material impresso e não impresso na mesma medida;
- 10) Realizar encontros quinzenais ou de acordo com a profundidade do tema proposto;
- 11) Garantir um espaço seguro para a troca de experiências, onde o paciente se sinta confortável para falar de suas impressões;
- 12) Mediar às interações dos pacientes, para evitar que haja 'monopólio' da fala;
- 13) Pontuar e sinalizar aspectos levantados pelos pacientes, em momentos que julgar importantes para o processo terapêutico.

**Fonte:** FERREIRA, 2003. Com adaptações.

## **Terapia comunitária integrativa e autocuidado em saúde mental**

A prática da Terapia Comunitária Integrativa (TCI) é uma estratégia de fomento ao autocuidado em saúde. A TCI nasceu no Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará, desenvolvida pelo médico psiquiatra Adalberto Barreto. Dentre seus objetivos, pode-se citar<sup>54</sup>:

- Trabalhar na coletividade para a resolução dos problemas contemporâneos;
- Estimular a autonomia e a corresponsabilidade;
- Promover vínculos solidários e consolidar a rede de suporte social;
- Promover a humanização das relações a partir da horizontalidade da interação;
- Possibilitar o aprendizado coletivo;
- Trabalhar na inter-relação do “saber científico” com o “saber popular”.

Silva<sup>55</sup> destaca a potência da TCI enquanto uma prática emancipatória, capaz de fomentar a autoestima das pessoas em qualquer grau de sofrimento psíquico e criar redes afetivas e sociais, levando-as a retomada do protagonismo e corresponsabilidade por suas vidas. As rodas de TCI são fundadas em cinco pilares filosóficos: “o pensamento sistêmico, a teoria da comunicação, antropologia cultural, pedagogia de Paulo Freire e resiliência”. As rodas acontecem em círculo, promovendo uma comunicação horizontal, onde todos se veem, aprendem enquanto ensinam e partilham conhecimento e experiência.

Para Carício<sup>56</sup>, a TCI é uma técnica para o trabalho com grupos, que visa estimular a comunidade a usar sua própria criatividade a partir dos seus saberes populares, em prol da promoção da saúde mental. O encontro proporcionado pelas rodas de TCI possibilita uma mudança na forma de compreender o outro e, mais do que isso, permite compreender o outro a partir de sua experiência<sup>56</sup>. Um exemplo de TCI para qualquer público pode ser feito da seguinte forma:

Encontros semanais, com duração média de 50 minutos.

Dicas de procedimentos:

- 1) Conforme os participantes vão chegando na roda, são acolhidos pelo terapeuta;

- 2) O grupo deve começar com a partilha das regras da TCI: escutar os outros em silêncio, falar somente sobre si, manifestar-se sem julgar, criticar ou aconselhar, partilhar as memórias que surgirem;
- 3) No momento seguinte, dá-se início a etapa de partilhas de cada participante (em poucas palavras) de seus aborrecimentos, medos, preocupação ou uma grande alegria. O grupo faz uma votação de um dos temas para ouvir com mais atenção;
- 4) Escolhido o tema, o terapeuta estimula a contextualização do tema escolhido, incentivando a pessoa a falar mais a respeito, enquanto o grupo faz perguntas para compreender melhor a situação, sempre com respeito e escuta;
- 5) No momento da problematização, o terapeuta lança uma frase referente aos sentimentos despertados na contextualização do tema escolhido, abrindo espaço para os participantes compartilharem suas experiências a respeito do tema;
- 6) Ao final, os participantes terminam abraçados em círculo, em um balanço corporal sincronizado, e cada pessoa, conforme deseje, compartilha uma frase ou sentimento do que está levando da roda.

## **Constelação familiar**

A Constelação Familiar<sup>58</sup>, criada por Bert Hellinger, é um método totalmente vivenciado fenomenologicamente. Os representantes vão se posicionar centrados sem colocar nada de sua parte, totalmente recolhidos e em silêncio para que haja uma entrega ao centro vazio. Colocam-se a serviço de algo maior, deixando esse algo agir, para que possam representar as situações ou pessoas que são importantes para o tema do cliente. A técnica é realizada com a ajuda de um grupo de pessoas ou com bonecos, objetos, ou ainda, outras representações, que demonstram por meio de movimentos as conexões que se estabelecem.

Neste cenário, podem surgir as chamadas desordens, que representam as problemáticas nas relações interpessoais com as quais o sujeito está vinculado. O propósito é promover um momento de reconciliação entre os ancestrais, que se desenvolverá até onde o sujeito permitir, e possibilitará a “libertação” desse emaranhamento.

A abordagem das constelações familiares desenvolvido por Bert Hellinger surgiu com termo original “Familienaufstellung”, que significa

“colocar a família na posição”, sugerindo o posicionamento de pessoas em locais específicos para promover uma intervenção nas desordens.

As constelações inicialmente eram baseadas na teoria do psicodrama, bem como, na reconstrução familiar. Porém, as constelações familiares evoluíram, conseguinte as transformações resultaram em um estado meditativo ativo, corporal e guiado por algo maior. A constelação não é psicodrama, ela refere-se a uma terapia corporal, uma meditação ativa. Significa deixar-se levar por um movimento que impulsiona o corpo.

Assim, esvazia-se o espaço para acusações unilaterais, que darão espaço para a reflexão, mudança, sensação de alívio e responsabilização compartilhada sobre os acontecimentos. É importante ressaltar que todo ser humano é fruto de uma interação constante com o sistema. Mesmo aqueles que não possuem convivência com a família de origem, trazem consigo traços da bagagem genética que carregam consigo. Para efetivar o processo de reconciliação é necessário que o sujeito, as representações e o constelador trabalhem em conjunto. O processo de reconciliação e cura depende da qualidade da representação. O constelador pode contribuir com frases curativas, ou demonstrando a dinâmica interna das famílias e suas intrincações<sup>57</sup>.

Bert Hellinger afirma que existem três consciências nas constelações, que formam uma consciência maior. São elas: consciência pessoal, ligada aos valores familiares e senso moral; consciência do grupo, um poder de atuação inconsciente, grupal, que não se direciona por questões individuais; e a consciência espiritual universal, baseada na paz, sensação de leveza, amor do espírito e harmonia. Cada uma funciona à sua maneira e conforme as suas ordens. Elas são as três condições básicas para os relacionamentos humanos, que dão força ou fraqueza à alma, pois, pertencemos a diferentes grupos, tanto familiar, como profissional, de estudos, religiosos, sociais etc. Desenvolvemos um tipo de consciência diferenciada para cada grupo e também a cada pessoa do grupo<sup>58</sup>.

Em casos de famílias trianguladas, por exemplo, há extremo peso psicológico, porque uma pessoa frequentemente, além de seu papel, precisa

assumir também o papel do outro. Essa situação gera infelicidade e desequilíbrio. A constelação familiar possibilita o reajuste de forma simbólica e incentiva a tomada de consciência, que geralmente reflete na vida do indivíduo.

É comum após um processo de constelação o indivíduo demonstrar emotividade e sensibilidade. Com o inconsciente aberto, as informações recebidas na constelação serão processadas por dias ou meses, promovendo mudanças sistêmicas. O processo da constelação familiar poderá acabar assim que se manifeste a cura ou reconciliação, por decisão do constelador.

O método das constelações familiares está em expansão. Mesmo assim, esse método de representação das problemáticas familiares é ainda muito criticado. Isso porque é percebido como uma proposta que trabalha principalmente com métodos de indução, persuasão e sugestão da mente. Ainda assim é uma das práticas integrativas incluídas no rol de atividades do SUS.

## **Atividade física**

Na literatura é possível encontrar relatos milenares de curiosos e pensadores entre eles chineses, indianos e gregos, sobre a prática de atividades físicas e atenuação de doenças. Essas são facilmente sintetizadas por Hipócrates, ao defender que “as partes corporais que são habitualmente utilizadas tendem a se fortalecer, enquanto aquelas menos usadas ficam mais fracas e predispostas a doenças”<sup>59</sup>.

A atividade física é definida como “qualquer movimento corporal que é produzido pela musculatura esquelética que possa requerer gasto energético acima dos níveis de repouso”<sup>59</sup>. A prática de exercícios é primordial e independe de idade, sendo considerada uma maneira de preservação e melhoria quanto à saúde e qualidade de vida. Sabe-se que o aumento no número de indivíduos inativos fisicamente apresenta relação com as mudanças no estilo de vida, que está associada a facilidades que provém da



revolução tecnológica, tal como o uso de automóveis, escadas rolantes e elevadores, televisão, computador, videogame, entre outros. Outros fatores determinantes são vinculados ao nível socioeconômico, sexo, escolaridade, idade e os aspectos étnicos dos indivíduos<sup>60</sup>.

Atividades físicas são consideradas importantes e apresentam vários efeitos benéficos à saúde, contribuem para o retardo do envelhecimento e prevenção do desenvolvimento de doenças crônicas degenerativas, que são oriundas do sedentarismo, o que é tido como um dos maiores problemas e gastos com saúde pública nos últimos anos<sup>61</sup>.

Sabe-se que quanto menor o hábito de praticar atividade física, maior será o risco para doenças crônicas não transmissíveis. Essas enfermidades tem atingido patamares alarmantes para a saúde pública, e em consequência, doenças como obesidade e hipertensão arterial, que há pouco tempo eram averiguadas em grupos seletos, principalmente da população adulta, atualmente abrangem também crianças e adolescentes<sup>60</sup>.

Consequências vinculadas ao sedentarismo, sobrepeso/obesidade, estão relacionadas à maior propensão de desenvolvimento de doenças crônicas, que podem ser desde a “falta de ar” a problemas de veias varicosas ou casos de osteoporose, problemas de doenças coronarianas, hipertensão, diabetes ou ainda diferentes formas de câncer.

É importante ressaltar os benefícios promovidos pela prática de exercícios físicos, que apresentam relação com o controle do peso, mas também contribuem com o metabolismo, em detrimento da manutenção da saúde em geral. Dessa maneira, com a prática de atividades físicas é possível notar ligações com aspectos que são intrínsecos a saúde psicológica, mais especificamente a ansiedade, estresse, depressão, humor e emoção, autoestima e transtornos psicológicos<sup>62</sup>. A prática de exercícios físicos é primordial para a qualidade de vida da população como um todo, e proporciona inúmeros benefícios aos indivíduos praticantes, contribuindo para controle de doenças crônicas como hipertensão e diabetes. Para ter vida saudável, é preciso adotar atitudes comprometedoras com a escolha de hábitos saudáveis, com a prática regular de atividades físicas, que

auxiliará na melhoria da qualidade de vida e da longevidade. É uma forma de intervenção terapêutica que, a princípio, não tem nenhuma contraindicação, desde que sejam observados o quadro clínico e as condições físicas de cada pessoa, a partir de uma avaliação médica.

### **Proposta de intervenção: manutenção da aptidão cardiorrespiratória**

A partir do momento que existe a intervenção de um profissional qualificado na indicação de determinada atividade física, com a regulação da intensidade e do volume, há uma mudança na prática, que será denominada Exercício Físico, por ser algo planejado e estruturado de acordo com a individualidade da pessoa. Segundo o Colégio Americano de Medicina do Esporte, para a manutenção da aptidão cardiorrespiratória, composição corporal e fortalecimento muscular no adulto saudável, deve-se seguir o seguinte protocolo:

- Frequência do treinamento: 3 a 5 vezes por semana;
- Intensidade do treinamento: 60 a 90 da frequência cardíaca máxima ou 50 a 85% do consumo máximo de oxigênio;
- Duração do treinamento: 20 a 60 minutos de atividade aeróbica contínua;
- Tipo de atividade: qualquer atividade que mobilize grandes grupos musculares e que possa ser mantida continuamente;
- Treinamento contra a resistência: intensidade moderada, uma série de 8 a 12 repetições de oito a dez exercícios, pelos menos duas vezes por semana.

Como podemos observar, a atividade física pode ser instituída a grupos ou a pessoas individualmente, com a utilização dos meios comunitários, como praças, academias ao ar livre, entre outros, contudo, sugere-se uma boa avaliação cardiorrespiratória, e que o sujeito consiga reconhecer os seus limites.

## **Hipnose**

A hipnose tem ganhado cada vez mais força na mídia, que usa, com frequência, os fenômenos de alucinação hipnótica da hipnose de entretenimento para ganhar audiência. Na área da saúde, existem documentos que demonstram que a hipnose já era utilizada como ferramenta terapêutica desde o antigo Egito. Naquela época, os enfermos iam aos “templos do sono” para serem tratados com sugestões terapêuticas enquanto dormiam. O papiro de Tebas (com mais de 3.550 anos), que é o registro mais completo da medicina egípcia, descreve técnicas de hipnose utilizadas na época, que muito se assemelhavam às que usamos hoje<sup>63</sup>.

Em todos esses anos, a hipnose manteve-se sendo utilizada de diversas formas, tanto para tratar pessoas quanto para entretê-las. Devido ao caráter obscuro e místico, ela se manteve por bastante tempo deixada de lado pela área da saúde. Felizmente, com o avanço da tecnologia e a facilidade de acesso à informação, a hipnose tem sido fortemente desmistificada e amplamente utilizada nessa área, demonstrando, cada vez mais, ser uma ferramenta terapêutica de grande valia, que hoje já é reconhecida pelo Ministério da Saúde e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) que, no parecer nº 42/99, afirma que a “hipnose é reconhecida como valiosa prática médica, subsidiária de diagnóstico ou de tratamento, devendo ser exercida por profissionais devidamente qualificados e sob rigorosos critérios éticos”. No Brasil a hipnose tem sido utilizada em vários centros de referência, como é o caso do Hospital das Clínicas da USP em São Paulo.

E como essa técnica pode ser utilizada na saúde mental? De acordo com o parecer nº 42/99 do Conselho Federal de medicina (CFM), utilizando-se da hipnose é possível tratar diversas condições relacionadas ao sofrimento mental, tais como “ansiedade, estresse, fobias, síndromes pós-traumáticas, depressão, distúrbios alimentares, sexuais ou do sono, distúrbio de personalidade, adições, síndromes dolorosas agudas e crônicas, preparo para exames invasivos e durante sua realização, dentre outros”.

Palsson<sup>64</sup> evidencia a relação dos distúrbios gastrointestinais com o estado mental dos pacientes e a eficácia da terapia com hipnose para esses

problemas. O trabalho científico de Milling, Valentine, McCarley e Lindsey M. LoStimolo<sup>65</sup> conclui que a hipnose é uma técnica que possui grande eficácia na eliminação dos sintomas da depressão e sugere que os profissionais da área da saúde considerem fortemente o uso da mesma para tratamento de pacientes depressivos. Wark<sup>66</sup> lista 32 problemas de saúde que podem ser tratados com hipnose, dentre eles: asma, cefaleias, hipertensão arterial sistêmica, fibromialgia, náuseas e hiperemese, dores obstétricas, obesidade, hemorragia, dentre outros. Pacientes com câncer podem se beneficiar da hipnose tanto para tratar dores<sup>66</sup> quanto para tratar sintomas emocionais causados pela doença<sup>67</sup>.

É por isso que, ao assistirmos um filme, se estivermos concentrados, podemos nos emocionar e até mesmo chorar, pois, enquanto estamos submersos na ficção (hipnose) trazemos sentimentos à tona como se as cenas fossem reais, e apenas nos desligamos dessa emoção, quando o consciente é novamente priorizado. Todas as informações externas que recebemos, bem como todas as emoções que acompanham cada uma dessas informações, ficam armazenadas em nosso subconsciente, porém, muitas vezes, nós não temos acesso a essas informações de modo consciente. Uma música, por exemplo, que traz memórias e lembranças é um gatilho que traz a tona informações armazenadas no subconsciente, em que há associação com uma emoção.

A lógica é a mesma para situações que causam problemas nas pessoas. Alguma informação conectada a uma emoção negativa está armazenada no subconsciente e, quando algum gatilho faz com que essa informação seja acessada, a emoção negativa aflora, muitas vezes acompanhada de pensamentos e atitudes descontrolados e ruins. O consciente recebe e entende essas informações, e, quando o comportamento se repete, ele pode até perceber qual foi o gatilho, mas, na maioria das vezes, é incapaz de entender a origem daquele sentimento, dificultando assim a mudança de padrão de pensamento/comportamento.

Este padrão é facilmente percebido nos casos de Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), que é uma desordem psiquiátrica que surge

após um grande evento traumático, o qual inclui sintomas que afetam a qualidade de vida do indivíduo como distúrbios do sono, incluindo pesadelos, pensamentos recorrentes e estressantes relacionados ao fator causador, recusa em se lembrar do evento, isolamento social, hipervigilância, irritabilidade etc<sup>68</sup>. De acordo com Rotaru & Rusu<sup>68</sup>, nos casos de TEPT, o efeito da hipnose é promissor e pode ser considerado, não apenas uma técnica complementar aos tratamentos clássicos, mas também um tratamento valioso por si só.

Porém, por meio da hipnose, é possível, não só ter acesso a essas informações, como também modificar as emoções ligadas a elas, sendo, uma das técnicas utilizadas para isso a ancoragem, que possibilita algum nível de compreensão diagnóstica sobre a experiência da pessoa, principalmente a partir da produção imaginária que dela emerge ao focar em partes do corpo. A partir disso, molda-se tais lembranças e imaginações, de modo a transformar sua relação com a própria constituição do mundo de experiência onde ele se insere<sup>69</sup>, sendo essa a base do tratamento com hipnoterapia.

Em pacientes com depressão<sup>65</sup>, a hipnose é efetiva na redução de sintomas, construção de habilidades de enfrentamento, reestruturação de pensamento e desenvolvimento de ideias associativas e dissociativas, permitindo assim o tratamento da doença. Alguns estudos demonstram que houve uma melhora em 76% dos participantes de um estudo controle que receberam tratamento com hipnose.

Para facilitar o entendimento, segue um exemplo simplificado: imagine um paciente que apresente uma fobia que afeta de forma negativa a vida dele. Vamos supor que ele entre em pânico toda vez que tenha algum contato, direto ou indireto, com barata (quando vê o animal, quando sente o cheiro, quando entra em locais sujos e pensa na possibilidade de ver o artrópode ou até mesmo, quando alguém fala a palavra “barata”). Usando a hipnoterapia, é possível buscar no subconsciente deste paciente qual foi a informação inicial gravada na mente desta pessoa e que está ligada à

emoção de medo. Acessando essa informação, é possível dissociar a imagem mental do inseto ao sentimento ruim, e ainda, pode-se “linkar” uma nova emoção (de segurança, de tranquilidade) à lembrança que antes lhe trazia medo, chamamos isso de ressignificação, ou seja, modificamos o significado emocional da lembrança armazenada no subconsciente. Assim, após a ressignificação feita na terapia com hipnose, o pânico não aparecerá mais quando o paciente tiver contato com a barata, pois, para o subconsciente dele, aquele sentimento ruim não faz mais sentido nessas situações, já que agora a barata não parecerá mais uma ameaça para o subconsciente. Ou seja, a hipnose nos permite acessar informações que estão no subconsciente do indivíduo e, assim, por meio de ressignificações ou até mesmo com o uso de sugestões diretas em alguns casos, é possível tratar vários problemas psicossomáticos melhorando assim não só a saúde mental do indivíduo, como também a saúde como um todo, visto que, “tanto a doença dita essencialmente como orgânica afeta a parte emocional das pessoas como a doença emocional afeta a parte orgânica”<sup>63</sup>.

A capacidade para entrar em transe por meio de um estímulo adequado está presente em qualquer pessoa cujas funções cognitivas encontrem-se preservadas, porém, nem sempre o hipnólogo terá sucesso com todos os pacientes, pois, fatores como o temperamento do sujeito; a idade, sua expectativa em relação ao hipnólogo e/ou ao processo terapêutico, interação hipnotista-paciente influenciam para que se alcance o estado hipnótico. Trabalhos demonstram que crianças são mais suscetíveis ao estado hipnótico experimental, e que, há maior dificuldade para o transe na adolescência e em pessoas acima de 65 anos<sup>70</sup>.

A hipnose é uma ferramenta terapêutica que, muitas vezes, por si só, é capaz de tratar alguns problemas de saúde, porém, em alguns casos ela atua em conjunto com outros tratamentos. O número de sessões necessárias deve ser individualizado, pois depende tanto do problema que o paciente apresenta, quanto do envolvimento do paciente no processo hipnótico<sup>70</sup>.

É importante ressaltar que outras práticas em saúde mental também são válidas, tais como a meditação, a psicoterapia, entre outras. Além

disso, devem estar associadas sempre à prática de atividades físicas, alimentação adequada, sono regulado e vínculos sociais saudáveis.

Como podemos ver, a hipnose é uma técnica terapêutica altamente benéfica, porém pouco utilizada<sup>71</sup>. O conhecimento das possibilidades de tratamento por meio da hipnose pelos profissionais da área da saúde é essencial para ampliar o uso desta técnica que tanto pode beneficiar os usuários e potencializar a sensação de bem estar.

## **Auriculoterapia**

A Auriculoterapia é um método que busca tratar sintomas, doenças e condições apenas por estimulações no pavilhão auricular<sup>72, 73</sup>. Para tanto, é possível utilizar diversos materiais, tais como agulhas de acupuntura, agulhas semipermanentes, sementes de mostarda, vaccaria ou de cousa, esferas de aço inox, aplicação de calor local por meio de bastão de moxa, laser, estimulação elétrica transcutânea, entre outros. Esses instrumentos são utilizados para estimular pontos do pavilhão auricular que apresentam correspondência com os órgãos e funções de todo o corpo. Existem vários termos pelas quais a Auriculoterapia é denominada: em português utilizam-se os termos Acupuntura Auricular, Auriculopuntura, Acupuntura na Orelha, e Auriculoterapia. Em inglês, os termos mais comuns são Auriculotherapy, Auricular Acupuncture, Ear Acupuncture, Auricular Acupressure, e Ear Therapy, mas todos fazem referência ao mesmo método.

Embora alguns profissionais queiram diferenciar o método a partir do material utilizado (por exemplo, dizendo que “Acupuntura Auricular” exprime apenas o uso de agulhas nos pontos da orelha), mas o termo Auriculoterapia tem sido empregado nos portais de busca por ser mais abrangente e exprimir a realidade do método. Os diversos materiais utilizados produzem resultados semelhantes, mas o objeto principal do tratamento não é um material ou outro, e sim o pavilhão auricular.

A Auriculoterapia foi desenvolvida inicialmente por um acupunturista francês chamado Paul Nogier em 1951, que, fazendo estudos empíricos, concebeu a somatotopia da orelha como um feto humano de cabeça para baixo, localizando por meio dessa analogia pontos correspondentes a funções e órgãos do corpo humano. Posteriormente levou seus estudos para a China e, em 1958, a Revista de Medicina Tradicional Chinesa de Shangai publicou seu “homúnculo” da orelha, provocando uma onda de estudos sobre esse conceito e dando origem às formas de tratar pela orelha que conhecemos atualmente.

No Ocidente também surgiram estudos que foram marcos da história da Auriculoterapia, como o estudo de Terry Oleson, que em 1980 confirmou a exatidão do diagnóstico auricular para dores musculoesqueléticas, comparando pontos auriculares e regiões do corpo, com exatidão de 75%, constatando que as áreas da orelha com aumento de atividade elétrica estavam correlacionadas com regiões do corpo que apresentavam dor musculoesquelética<sup>73</sup>. Isso sugere que a orelha pode ser utilizada não apenas para tratar, mas também para diagnosticar condições.

Na literatura científica mais recente a Auriculoterapia também tem apresentado bons resultados para diversas condições de naturezas diferentes, de maneira especial: dor de basicamente todos os tipos<sup>74,75</sup>, constipação intestinal<sup>76</sup>, sintomas menstruais, controle de vícios por tabagismo<sup>77</sup> e outras formas de drogadição<sup>78</sup>, náusea<sup>79</sup>, stress<sup>80</sup> ansiedade<sup>81, 82, 83</sup>, entre outras condições.

A chamada Estimulação Transcutânea Auricular do Nervo Vago (ETANV) também tem apresentado bons resultados na redução dos sintomas de depressão<sup>84</sup>, embora essa terapia não seja denominada propriamente como Auriculoterapia. Os resultados obtidos com esse tipo de estimulação corroboram a eficácia do tratamento por estímulos no pavilhão auricular, além disso a área utilizada na ETANV, a Concha da Orelha, contém vários pontos utilizados na Auriculoterapia para tratamento de diversas condições, inclusive depressão. A Concha da Orelha é inervada pelo Nervo Vago, um dos nervos que inerva boa parte dos órgãos



internos, e nos mapas de Auriculoterapia Chinesa, a maior parte dos pontos relacionados a órgãos internos encontram-se nesta região. Segundo a Medicina Tradicional Chinesa, os órgãos internos estão relacionados diretamente com as emoções<sup>72, 73, 85</sup>.

Sobre transtornos em Saúde Mental, pode-se perceber por meio dos estudos que a Auriculoterapia auxilia no controle de sintomas tais como ansiedade, tristeza excessiva, irritabilidade e outros. Partindo do pressuposto de que apenas resolvendo seus próprios conflitos internos e gerindo suas emoções é que o paciente consegue curar-se de transtornos como depressão, não se recomenda substituir o tratamento psicoterapêutico pela auriculoterapia, mas realizar as duas coisas concomitantemente.

Acerca do uso medicamentoso, a Auriculoterapia, tal como outras práticas integrativas, pode ser utilizada como alternativa para o tratamento antes de aderir ao uso de fármacos. Quanto ao tempo de tratamento, a maioria dos estudos encontrou resultados em uma média de 5-10 atendimentos, para a maior parte das condições.

## **Homeopatia**

A homeopatia é conhecida como especialidade farmacêutica que tem por base a administração de doses mínimas de medicamento, para que não ocorra a intoxicação do indivíduo doente, além de estimular a reação orgânica. Essa ciência utiliza a lei natural de cura Simila similibus Curantur, ou seja, os semelhantes são curados pelos semelhantes, a qual foi enunciada ainda no século IV a.C. por Hipócrates<sup>86</sup>. A fundamentação da homeopatia ocorreu em 1796, por meio do médico alemão Christian Frederick Samuel Hahnemann. Este fato foi proveniente da tradução da *Matéria Médica*, escrito por Willian Cullen, deixando Hahnemann intrigado quanto à explicação sobre a ação da *China officinalis*, o que levou este a experimentar em si mesmo, originando assim a continuação de pesquisas sobre a homeopatia. No Brasil, a introdução da homeopatia aconteceu

em 1840, por Benoit Mure, o qual foi responsável pela difusão dessa terapêutica de modo rápido, se consagrando como nova opção de tratamento para a população<sup>87</sup>.

O reconhecimento da homeopatia como especialidade médica ocorreu apenas em 1980, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que abriu as portas para que essa terapêutica fosse integrada à Saúde Pública, regulamentado pelas leis 8.080 e 8.142 de 1990. As referidas leis integram os princípios da equidade, universalidade, integralidade e princípios organizativos de hierarquização, descentralização, resolutividade e controle social<sup>86</sup>.

A ciência homeopática tem por base quatro princípios fundamentais: “a lei dos semelhantes, experimentação em homem sadio, doses mínimas e medicamento único”. Através de estudo dos quatro princípios, é possível compreender a maior parte da prática da homeopatia. A homeopatia tem por finalidade tratar a pessoa como um todo, não apenas os sintomas corporais, pois se considera que mente e corpo estão em ligação estreita. Dessa forma, sintomas não podem ser tratados sem que haja compreensão quanto à constituição do indivíduo, assim como o caráter do mesmo<sup>87</sup>.

Sabe-se que, além de ser considerada prática médica, a homeopatia é tida ainda como doutrina, em função de apresentar bases científicas e filosóficas. Essa prática está alicerçada em métodos científicos próprios, bem embasados, e a experimentação de medicamentos é feita em indivíduos sadios e posteriormente há aplicação em pessoas enfermas<sup>88</sup>. Outro ponto relevante na homeopatia está relacionado ao conceito de força ou energia vital, que é fundamental na teoria homeopática. Por meio dessa, considera-se o equilíbrio energético fator primordial para o surgimento de doenças. Com base na literatura, estudiosos afirmam que: “a força vital é a que mantém o organismo em harmonia. Sem ela, o organismo não age, não sente e se desintegra, sendo a força vital responsável pela integração dos diversos níveis dinâmicos da realidade humana (físico, emocional e mental)”<sup>87</sup>.

Medicamentos homeopáticos são provenientes de substâncias dos distintos reinos, seja animal, vegetal e mineral, derivando de substâncias produzidas nos organismos vivos e resultantes de processos fisiológicos

normais e patológicos, isto é, sarcódios e nosódios, respectivamente, assim como das substâncias que são sintetizadas em laboratório. As substâncias que são usadas como ponto inicial para a produção de homeopáticos devem ser feitas de maneira rigorosa, seguindo e respeitando a normatização estabelecida pela Farmacopeia Homeopática Brasileira. Assim, o medicamento originário da homeopatia é conceituado como: “toda forma farmacêutica de dispensação ministrada segundo o princípio da semelhança e/ou da identidade, com finalidade curativa e/ou preventiva. É obtido pela técnica de dinamização e utilizado para uso interno ou externo”<sup>89</sup>. Com isso, conhecer os fundamentos homeopáticos, em conjunto as características principais de medicamentos provenientes da homeopatia, envolvendo práticas farmacotécnicas, é relevante para profissionais atuantes na área da saúde, sendo que esses desempenham papel como facilitadores da saúde da população.

## **Ayurveda**

A Medicina Ayurvédica é originária da Índia, mas é praticada no mundo todo. No literal significa ciência (veda) da vida (ayur). Destina-se ao estudo a respeito da manifestação de doenças, do corpo, da mente e da alma.

Este conhecimento se baseia em práticas e estudos que contemplam o ser humano de forma integral, buscando promover o equilíbrio total do homem, sem fragmentações, atuando em conjunto nos corpos físico, mental, emocional e social, pois entende-se que a saúde e o bem-estar dependem de uma interação harmônica destes aspectos, e quando essa interação acontece, ocorre um ganho no bem-estar e na qualidade de vida<sup>90</sup>.

A história da Ayurveda é marcada por algumas controvérsias, porém, a informação mais recorrente é a de que ela tem sua origem no Vale do Rio Indo, na Índia, 3000 a.C. Conforme Rodrigues e Dutra<sup>91</sup>, esse processo começou quando os povos arianos invadiram o Vale dos Indos, provenientes do centro da Ásia, impondo seu sistema de divisão social em castas e a

sua religião que se baseava nos Vedas que são hinos ayurvédicos que contém a filosofia principal da antiga Índia. O autor ressalta que os textos védicos não tratavam só de religião, eles também eram a fonte de conhecimento médico que foi a base da ayurveda. Deveza<sup>92</sup> chama a atenção para a dificuldade de se localizar na história o processo de surgimento da Ayurveda e ressalta a sua expansão. Em seus estudos Bezerra, Silva, Rufino<sup>93</sup>, destacam que a Ayurveda tem como objetivos preservar e promover a saúde e curar doenças dos pacientes, para isso, utiliza os oito principais ramos destinados aos tratamentos dos pacientes que são:

- Rasayana (rejuvenescimento),
- Vajikarana (afrodisíacos),
- Kaychikitsa (clínica médica ou medicina interna),
- Agada Tantra (toxicologia),
- Bhutavidya (psicologia e psiquiatria),
- Kaumarbhritya (pediatria),
- Shalya (cirurgia ayurvédica),
- Shalakya (doenças da cabeça e pescoço).

A Medicina Ayurvédica possui uma variedade de ferramentas terapêuticas que são primariamente dietéticos e herbais: massagens Ayurvédica, uso de ervas medicinais, rotina de dieta e hábitos saudáveis, prática de yoga e meditação, óleos essenciais e medicamentos com plantas, de acordo com cada doshas – características do perfil biológico do indivíduo, forma como a ayurveda define os biótipos. No campo da saúde mental, por exemplo, trabalha-se ainda com a perspectiva dos estados da saúde mental que influenciam diretamente no corpo: Sattva (inteligência, transmite equilíbrio e harmonia), Rajas (energia, causa desequilíbrio), e Tamas (mente substância, cria inércia). Estas variantes determinam a condição de equilíbrio ou desequilíbrio.

Apesar de ser inserida no contexto das práticas integrativas da saúde, no Brasil, na década de 1980, com a utilização das plantas medicinais, que conquistou especialmente o gosto popular, no Sistema Único de Saúde

(SUS), o uso da Ayurveda ainda é muito limitado, restringe-se a ações realizadas por alguns profissionais da área. De toda forma, a Ayurveda pode ser integrada a todas as práticas da saúde ocidental, sendo que a mesma possui diferentes protocolos que podem ser aplicados nas mais diversas situações, já que muitas doenças podem ser evitadas por meio da prevenção e tratadas de acordo com o grau de avanço da doença, por meio da adoção de novos hábitos.

Os tratamentos levam em consideração quatro pilares que são geradores de saúde ou doença: emocional, estilo de vida, alimentação e o ambiente em que o indivíduo está inserido. Todas essas são práticas que podem ser integradas a todos os tipos de tratamentos, para pacientes portadores de doença físicas e/ou mentais, sempre considerando a necessidade e especificidades de cada um, já que não são tratamentos padrões. Verifica-se que a utilização das práticas Ayurvédicas tem um impacto positivo no tratamento de saúde mental, por meio do uso de ervas medicinais tonificantes mentais, meditação, exercícios respiratórios (pranayamas) e também conta com várias terapias corporais que já vem sendo realizadas em espaços especializados.

Por não existirem protocolos padrões para todos os tipos de pacientes é recomendado que os pacientes ou profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) que aderirem aos tratamentos ayurvédicos sejam acompanhados por um profissional habilitado em Ayurveda, terapeutas e médicos. Porém é importante observar sempre os pacientes que recebem tratamentos ayurvédicas, que se preocupem com o equilíbrio do corpo e da mente, considerando aspectos como alimentação, tempo de repouso (sono) e a saúde mental.

Algumas das principais sugestões baseadas nos princípios da Ayurveda:

- 1) Uma das formas de se obter saúde física e mental é, no momento das refeições, buscar por um local pacífico, sem barulhos, sem interferência de aparelhos eletrônicos (desligue a televisão e deixe o celular de lado). Evite assuntos que podem impactar no emocional, especialmente no horário das refeições.

- 2) Cada pessoa deve dormir conforme as suas necessidades (uma média de sete horas de sono), mas procurando sempre acordar antes do sol e praticar atividades físicas pela manhã, o que aumenta os processos digestivos, promove a disposição e o bom humor, reestabelecendo a saúde mental.
- 3) Recomenda-se uma caminhada matutina, antes de iniciar as atividades diárias, por uma média de 30 minutos.
- 4) É contraindicado o consumo de líquidos (água, suco, frutas e doces em geral) durante as refeições e até 1h30min após. No caso de pacientes com deficiência na deglutição indica-se alimentos cozidos e molhados. Tem-se também a opção de usar um pouco de água morna ou de chás (erva-doce, hortelã, canela, cravo-da-índia ou cominho), sem açúcar durante as refeições.
- 5) Não dormir após as refeições. É recomendado um momento de descanso em um ambiente iluminado, sentado de forma confortável e relaxada. Após as refeições, também é recomendado uma caminhada de 60 a 100 passos, lentos e contemplativos, em ambientes com sombra, mas ao ar livre.
- 6) Promover aos pacientes um ambiente arejado, iluminado, livre de muito trânsito, onde eles possam fazer uma reflexão e meditação sem interferências externas.
- 7) Oferecer espaços em que os pacientes possam realizar reflexões, práticas religiosas e contemplativas independentes de credos.

## **Grupos de Saúde Mental na Atenção Básica**

A Lei Nº 10.216/2001 regulamenta os direitos das pessoas com transtornos mentais no Brasil e redireciona o modelo de cuidado em saúde mental para o território<sup>94</sup>. Ela também destaca o respeito aos direitos humanos e a promoção da equidade como princípios fundamentais para o combate a estigmas e a promoção da saúde mental. A legislação prevê a ampliação e a diversificação de estratégias territoriais de promoção, de autonomia e exercício de cidadania dos usuários do SUS “levando-os a buscar, na potencialização da Atenção Básica alternativas à institucionalização do cuidado”.

Essa proposta, ao incluir o território como lócus da atenção psicossocial, não visa simplesmente deslocar o modelo do consultório médico para o espaço comunitário, mas sim incentivar a “[...] construir conceitos e inventar práticas que operem em pleno campo produtivo de sociabilidade e

vida”. Neste sentido, a equipe de saúde precisa compreender o território e criar uma relação de vínculo para atenção integral aos usuários, o que significa dizer que o cuidado em saúde mental faz parte das intervenções cotidianas da Atenção Básica, da realidade do território e deve levar em consideração as singularidades de cada sujeito e da comunidade.

A experiência demonstra que a atenção a saúde focada na singularidade do sujeito e na integralidade do cuidado, e não na doença, promove abertura para mudanças, melhorias do contexto de trabalho do profissional e da qualidade de vida do usuário.

### **Tecnologias leves na Atenção Básica**

As chamadas tecnologias leves podem ser definidas como abordagens assistenciais realizadas junto ao usuário de forma relacional e viva, fomentando o compartilhamento de saberes entre equipes e comunidade. As técnicas disponibilizam aos sujeitos momentos de fala, escuta e interpretação, de cumplicidade e de confiabilidade e esperança, desse modo, possibilitando a formação de forte vínculo com os usuários <sup>95</sup>.

As contribuições da Atenção Básica possibilitam novas intervenções e perspectivas nos territórios individuais e coletivos, deslocando o olhar da doença para o cuidado, a redução de danos e a ressignificação do sofrimento. Essa proposta potencializa novos modos de fazer saúde e promove concepções positivas em saúde mental. Alguns indicadores apontam para a efetivação dessa proposta:

- Novos modos de grupalidade, que estimulam a participação e responsabilização de todos os envolvidos nas decisões de um grupo, de modo a ampliar autonomia grupal e valorizar o interesse do grupo em detrimento do interesse individual;
- Incentivo a realização de atividades simbólicas e abstratas. Valorização da criatividade e da interação social;
- Utilização do tempo livre, o tempo de lazer e repouso;
- Desenvolvimento de consciência social que seja capaz de abordar as problemáticas sociais, grupais e individuais

## Promoção de Saúde Mental

A integração da saúde mental com a Atenção Primária à Saúde (APS) favorece as práticas de cuidado integral, pois reconhece a coexistência de transtornos físicos e mentais, amplia o acesso aos serviços de saúde mental, promove os direitos humanos e minimiza as lacunas entre a prevalência de transtornos mentais e o número de pessoas atendidas<sup>96</sup>.

As tecnologias terapêuticas relacionais, grupais, manuais, corporais, artísticas e verbais, desenvolvidas pela equipe, pela comunidade e por outros atores comunitários, devem compor o rol de ações de saúde sempre que a situação assim indicar e em todo o cotidiano dos serviços de saúde<sup>97</sup>.

De acordo com a Política Nacional de Promoção da Saúde destacam-se os seguintes valores para a atuação da equipe no processo de intervenção:

| Valores                  |   |
|--------------------------|---|
| Solidariedade            | Razões que fazem sujeitos e coletivos nutrirem solicitude para com o próximo, nos momentos de divergências ou dificuldades, construindo visão e metas comuns, apoiando a resolução das diferenças, contribuindo para melhorar a vida das pessoas e para formar redes e parcerias  |
| Felicidade               | Auto percepção de satisfação, construída nas relações entre sujeitos e coletivos, que contribui na capacidade de decidir como aproveitar a vida e como se tornar ator participe na construção de projetos e intervenções comuns para superar dificuldades individuais e coletivas a partir do reconhecimento de potencialidades |
| Ética                    | Pressupõe condutas, ações e intervenções sustentadas pela valorização e defesa da vida, sendo pautadas para o bem comum, com dignidade e solidariedade  |
| Respeito às diversidades | Reconhece, respeita e explicita as diferenças entre sujeitos e coletivos, abrangendo as diversidades étnicas, etárias, de capacidade, de gênero, de orientação sexual, entre territórios e regiões geográficas, entre outras formas e tipos de diferenças que influenciam ou interferem nas condições e determinações da saúde  |
| Humanização              | Elemento para a evolução do homem, por meio da interação com o outro e seu meio, com a valorização e aperfeiçoamento de aptidões que promovam condições melhores e mais humanas, construindo práticas pautadas na integralidade do cuidado e da saúde   |
| Corresponsabilidade      | Responsabilidades partilhadas entre pessoas ou coletivo, onde duas ou mais pessoas compartilham obrigações e/ou compromissos  |
| Justiça social           | Enquanto necessidade de alcançar a distribuição equitativa dos bens sociais, respeitados os direitos humanos  |
| Inclusão social          | Pressupõe ações que garantam o acesso aos benefícios da vida em sociedade para todas as pessoas, de forma equânime e participativa, visando à redução das iniquidades.  |

Fonte: Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde, 2014.



Pode-se afirmar que as estratégias terapêuticas e intervenções das equipes de saúde devem seguir uma construção pautada também na Promoção da Saúde. Nessa perspectiva, essas práticas precisam considerar o “âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra (entre os serviços do SUS) e intersetorial (serviços e outras políticas fora do âmbito da saúde), pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS)”. Esse objetivo só poderá ser alcançado através da articulação das ações de saúde com redes de proteção social, além do incentivo à ampla participação e controle social.

### **O Trabalho com Grupos de Saúde Mental na Atenção Básica**

O planejamento de trabalho com grupos tem como fundamento principal o processo de territorialização que as equipes realizam para reconhecer o contexto social e comunitário em que atuam<sup>98</sup>. A partir dessa verificação, é possível reconhecer as necessidades territoriais que fundamentarão o planejamento das grupalidades a serem propostas. O processo de territorialização deve ser construído pela participação de todos os atores comunitários, dentre eles, a equipe de saúde pode apontar um conjunto de necessidades através de indicadores ambientais, econômicos e psicossociais. Nesse sentido, dois aspectos podem ser decisivos para um planejamento fundamentado de trabalho com grupos no conhecimento das demandas territoriais<sup>98</sup>:

- 1) As reuniões de equipe por território de abrangência;
- 2) O trabalho dos agentes comunitários.

### **Grupos em Saúde Mental**

Importante salientar a diferença de agrupamento e grupo: tomemos o exemplo de uma orquestra em início de um concerto. Quando os músicos estiverem afinando seus instrumentos isoladamente, temos um exemplo

de agrupamento, que é um conjunto de pessoas que convivem e partilham um mesmo espaço. Tornar-se-ão um grupo quando houver interação uns com os outros, ou seja, a partir do momento que forem comandados pelo maestro e cada qual assumir seu lugar, seu papel, sua posição, função, dialogando e interagindo uns com os outros, compondo um grupo dinâmico<sup>99</sup>.

Os grupos se constituem como estratégia de intervenção psicossocial na Atenção Básica, com potencial para a troca de experiências e transformações, que não seriam possíveis num atendimento individualizado<sup>94</sup>. Sendo assim, o resultado da participação em um espaço de grupo aparece se o grupo faz sentido para quem está nele. Contudo, há que se considerar os momentos grupais como potentes para alcançar os objetivos do projeto terapêutico, seja individual ou coletivo. Desta forma, o grupo pode auxiliar de forma complementar em aspectos como<sup>100</sup>:

- Comunicação entre profissionais e usuários;
- Manejo clínico da doença ou condição de saúde;
- Organização da demanda de saúde da população atendida;
- Promoção de espaço para compartilhamento de experiência;
- Convívio social e comunitário;
- Trabalho em Equipe.

Nesse contexto, o trabalho em equipe também é fundamental, pois coloca em movimento o compartilhamento do cuidado e corresponsabilização, produzindo novos arranjos, novas experiências e novos olhares sobre o território. Além do que, a estratégia grupal está no pano de fundo das ações de apoio matricial da equipe. A finalidade é ampliar a consciência dos profissionais para a atenção à saúde, criar espaço para resolução de conflitos internos, acolher dificuldades dos membros quanto à prática profissional, construir modelos de cuidado, contribuir para a prevenção de esgotamento no trabalho, desenvolver a interdisciplinaridade e reforçar a solidariedade e responsabilidade de todos sobre o trabalho<sup>100</sup>.

## **Classificação dos grupos**

Quanto ao seu funcionamento: a depender das estratégias de funcionamento do grupo, ele pode ser classificado como aberto ou fechado, o que quer dizer que há relação direta entre o objetivo do grupo e a sua duração<sup>101</sup>.

Os grupos abertos devem ter um objetivo mesmo não havendo necessariamente um tempo de duração definido. Além disso, o grupo tem início com um número mínimo de participantes que, ao longo do funcionamento, pode mudar, sendo permitido o ingresso e a saída integrantes. O êxito, ao se adotar esse tipo de grupo, está diretamente relacionado à quantidade de integrantes, devendo sempre se respeitar um limite numérico para que todos possam se reconhecer em sua singularidade e que a comunicação (visual e auditiva) ocorra sem problemas<sup>101</sup>. Nessa modalidade de grupo encontramos a maior oferta da Atenção Básica.

O grupo fechado tem um objetivo bem definido, com tempo determinado e número de pessoas que será o mesmo do início ao fim do processo, sem a inclusão de nenhum novo membro. Aqui localizamos os grupos analíticos ou psicoterapêuticos, que demandam a participação de profissional psicólogo experiente em relação ao manejo de aspectos psicológicos como a transferência e a contratransferência. Essa modalidade é mais frequente nos serviços especializados em saúde mental.

### **Quanto a sua constituição**

Os grupos também podem ser homogêneos ou heterogêneos, essa classificação pode ser determinada por vários elementos<sup>101</sup>, por exemplo:

- 1) Público alvo;
- 2) Gênero;
- 3) Faixa etária;
- 4) Condição de morbidade (agravos de saúde) de seus membros etc.

Os grupos homogêneos obedecem a um critério de proximidade de características, conforme o objetivo ou meta estabelecidos para a existência do grupo<sup>101</sup>. Por outro lado, grupos heterogêneos são caracterizados pela diversificação dos elementos psicológicos ou psicopatológicos apresentados pelos participantes<sup>101</sup>.

É importante salientar que a condução, tanto do grupo heterogêneo quanto do homogêneo, não difere na sua essência. O que determinará a boa condução é o grau de conhecimento do coordenador/facilitador sobre a natureza do sofrimento apresentado e na motivação pessoal para lidar com esse grupo<sup>101</sup>.

## **Quanto ao seu objetivo**

É importante que os objetivos para a existência do grupo estejam claros e definidos pela equipe de saúde que o conduzirá, tendo em vista o que se pretende alcançar, considerando o potencial de vínculo, o manejo dos riscos, e os resultados almejados para o autocuidado e autonomia dos sujeitos implicados. Nesse sentido, os grupos podem ser estruturados em: grupos operativos e grupos psicoterapêuticos.

## **Tipos de grupos**

### **1) O grupo Operativo**

Essa modalidade de grupo tem uma ampla conceituação e uma extensa gama de aplicações. A sua teoria nasce com o psicanalista argentino Pichon-Riviere<sup>102</sup>, que desenvolveu uma técnica grupal levando em consideração diversos fatores, tanto conscientes quanto inconscientes, predominantes em qualquer campo grupal. A proposta principal dessa técnica é a de grupo centrado na tarefa, ou seja, os integrantes mantêm relação direta com um objetivo comum a ser alcançado, que poderá ser de cura, aprendizagem, informação etc<sup>101</sup>. Os grupos operativos abrangem quatro campos de atuação<sup>100</sup>:

- Ensino-aprendizagem: busca refletir sobre temas e discutir questões de comum interesse do grupo;
- Institucional: formados em instituições, como por exemplo escolas ou igrejas, com a finalidade de discutir sobre questões de interesse daquela localidade;
- Comunitário: objetivo de integração e incentivo a capacidade grupal da comunidade, com atividades para públicos específicos, por exemplo gestantes, adolescentes, idosos, etc.
- Terapêutico: tem por objetivo o desenvolvimento de um processo grupal que procure compreender e intervir sobre questões psicológicas e está centrado na busca de melhora dos aspectos comportamentais, relacionais, comunicacionais conscientes e/ou inconscientes dos indivíduos e do grupo como totalidade.

O Grupo Operativo apresenta ainda três momentos que são identificados no processo de mudança quanto ao seu funcionamento e modo de agir e de pensar dos membros<sup>102, 103</sup>:

- a) Pré-tarefa: predomínio das ansiedades e medos que se apresentam como obstáculos para “entrar na tarefa” propriamente dita;
- b) Tarefa: os participantes já dão conta de romper com os obstáculos representados pelos medos e ansiedades;
- c) Projeto: momento em que há objetivo comum na tarefa, o que permite o planejamento para o futuro.

Os grupos na atenção básica facilitam a formação de vínculo e a relação de cuidado entre as pessoas. Revelar-se num grupo, a partir do sofrimento, pode ter alto valor terapêutico. Nos grupos da AB, em que os profissionais não tenham formação analítica, principalmente médicos e enfermeiros, pode-se desenvolver enfoques diversos, a partir do compartilhamento de vivências e conhecimentos, da pactuação de compromissos para melhorar a situação de saúde.

## **2) O Grupo psicoterapêutico**

Os grupos analíticos ou psicoterapêuticos desenvolvidos por serviços de Saúde Mental são frequentemente grupos fechados para tratamento de

transtornos da subjetividade. Apostam na função analítica das ações e dinâmicas relacionais familiares e psicológicas do indivíduo que sofre. Isso implica em manejo cuidadoso dos aspectos subjetivos das vivências e histórias passadas dos indivíduos envolvidos. Neste sentido, é importante considerar, no momento da escolha por grupos psicoterápicos, a garantia de disponibilidade de um profissional com formação adequada em saúde mental com experiência no enfoque analítico da condução de grupos para o manejo de situações transferenciais e contratransferências. Nesse caso, a relação com os serviços de saúde tais como os NASF's e CAPS's, pode ser potencializada através da função do apoio matricial de um especialista (médico psiquiatra ou psicólogo com experiência em saúde mental) para as equipes territoriais <sup>100</sup>.

### **3) Grupo de Gestão Autônoma de Medicamentos (GAM)**

A proposta dos grupos de gestão de medicamentos é fortalecer a individualidade e a singularidade dos sujeitos através do contato com o outro, além de possibilitar a criação dos laços sociais importantes na proposta da desinstitucionalização e autocuidado. Isso significa: “auxiliar na responsabilização dos usuários pelo tratamento, pelos seus sintomas e pela sua vida, o que envolve outra relação com a psiquiatria, com os medicamentos e com a saúde”<sup>104</sup>.

Experiências como as que realizam a gestão autônoma do uso de medicamentos tem se mostrado como importante estratégia de desmedicalização na atenção Básica<sup>105</sup>. Fundamentada na perspectiva da autonomia e do autocuidado, essa estratégia aciona usuários e comunidade, profissionais de saúde e rede de atenção à saúde. Funciona como uma estratégia de efetiva participação dos usuários nas decisões relativas aos seus tratamentos, o que pressupõe como fundamental o diálogo e a troca entre os atores envolvidos no cuidado em saúde mental.

O objetivo é possibilitar ao usuário acesso as informações referentes ao seu tratamento, e a importância e impacto da medicação e de outras

práticas de promoção à saúde, além de compreender sobre a rede de apoio social e ampliar a qualidade de vida do usuário<sup>105</sup>.

#### **4) Planejamento e Encontro Grupal**

Quando se planeja um encontro grupal, é necessário observar o devido cuidado ético/técnico por parte da equipe de profissionais envolvidos. Para isso, alguns aspectos merecem destaque<sup>101</sup>:

- Disponibilidade dos profissionais envolvidos na proposta grupal: deve-se minimizar a rotatividade de profissionais que estão à frente das coordenações de grupos, principalmente porque esses profissionais representam o objetivo do grupo e o vínculo de saúde com os participantes;
- Período do ano em que os grupos se realizam: é necessário verificar com cuidado as datas, para não incluir eventos em períodos festivos ou de feriados e férias.
- Mapeamento dos lugares na comunidade onde já acontecem/aconteceram eventos sociais ou grupais: verificar a possibilidade de utilizar um local onde já acontece a atividade, para fomentar a participação e auxiliar os profissionais na inserção na comunidade;
- Estratégias de fluxos de participantes dos grupos: necessário reconhecer os processos de trabalho de cada profissional do serviço de saúde, para promover estratégias de cuidado e adaptações, quando necessário.

##### **a) Planejando o encontro grupal**

Como vimos, a organização de uma proposta de intervenção grupal tem uma relação direta com o seu planejamento, e é preciso ater-se a questões como<sup>101</sup>:

- Definição do objetivo principal e dos específicos de forma clara para todos os envolvidos, por auxiliar na identidade grupal e norteamento das ações;
- Definição de lugar e horário: auxilia na organização do processo de trabalho dos profissionais e no agendamento de participação dos usuários;
- Critérios e/ou estratégias de inclusão e número dos participantes: pode-se estabelecer como critério de inclusão a fase do desenvolvimento humano (infância, adolescência, fase adulta e velhice). O número de participantes de uma proposta grupal gira em torno de 10 a 15 pessoas, pois permite um trabalho de reflexão da

informação/experiência grupal de modo contextualizado, recomenda-se a presença de dois profissionais da saúde para o auxílio na condução;

- Estabelecer o número previsível e de duração dos encontros com o mesmo grupo de pessoas: sempre se busca nas ações de intervenção grupal que elas tenham um começo, meio e fim. Por isso, determinar com o grupo o número de sessões auxilia tanto a cumprir os objetivos traçados como favorece a possibilidade de constituir uma rede efetiva de apoio.

## **b) Etapas do Encontro Grupal<sup>101</sup>:**

- **Aquecimento:** É a fase inicial do encontro começa, de preferência, com mais de 50% dos presentes. Essa é uma regra referida no primeiro encontro para incitar os participantes a cumprir horários estipulados e dar conta de todas as etapas do trabalho grupal. A atividade de aquecimento é estratégica para o melhor fluxo da proposta.
- **Discussão e reflexão:** Essa etapa dura por volta de uma hora e se caracteriza pelo surgimento do protagonista grupal e da temática em torno da qual se construirão os diálogos possíveis, mediante a troca de experiências pessoais. Isso dará as bases para o aprendizado interpessoal.
- **Fechamento:** Nessa etapa, faz-se a síntese do tema grupal trabalhado no encontro. É importante nessa etapa de finalização do encontro alinhar os acordos e reafirmar os encontros futuros.

## **Oficinas terapêuticas**

Uma oficina representa um local onde se planeja, produz ou conserta alguma coisa. Também se refere a um curso rápido onde se aprende a realizar um trabalho prático através do compartilhamento de experiências. A participação em uma oficina permite ao indivíduo canalizar seu pensamento e esforço físico no sentido de produzir algo concreto e que seja útil. Nesse contexto podemos afirmar que uma oficina terapêutica é um tipo de grupo voltado para a reabilitação, enfatizando o fazer e possibilitando, nesse processo, a aquisição de habilidades práticas e sociais.

As oficinas terapêuticas fazem parte dos dispositivos da Política Nacional de Saúde Mental, e tem o intuito de sensibilizar e efetivar o cuidado integral defendido pela Reforma Psiquiátrica<sup>106,107</sup>.



As intervenções da equipe de saúde podem promover formas de produzir saúde mental a partir das ações já realizadas no cotidiano dos serviços. Por isso aqui elencamos algumas ofertas possíveis de serem adaptadas e realizadas por equipe multiprofissional na Atenção Básica, em conjunto com outros equipamentos de saúde existentes na Rede de Atenção do território. Estas intervenções podem ser:

- Sensibilização da comunidade para diminuição do preconceito e estigma (atividades como oficinas de arte com participação dos Nasf-AB).
- Articulação com serviços intersetoriais para participação em outras atividades (exemplos: práticas corporais/atividade física, atividades de cultura e lazer).
- Estimular a inserção dos usuários em espaços de convivência com a comunidade (Oficina de teatro).
- Apoio à criação de cooperativas de trabalho e de associação de familiares e usuários em parceria com os Centros de Referência de Assistência Social – CRAS.
- Atenção às famílias com orientações e suporte em como lidar com o processo de adoecimento. (Documentário: Familiares parceiros do cuidado).

De acordo com relatos de autores, nas atividades em oficinas em que há o envolvimento das famílias, percebe-se também uma melhoria nas relações entre eles, um aspecto extremamente importante, já que não se tem com frequência a presença da família nas atividades de cuidado na saúde mental<sup>107</sup>.

## **Uso Racional de Medicamentos no Tratamento de Pacientes em Sofrimento Mental**

Para início de conversa, vamos entender um pouco do histórico dos psicofármacos e compreender alguns conceitos. Psicotrópicos são substâncias psicoativas que agem no Sistema Nervoso Central (SNC), e que produzem notoriamente modificações comportamentais, de humor e com a continuação da administração tornam-se modificadores da cognição.

Sentimentos como tristeza, raiva e ansiedade são inerentes ao ser humano. São reações às situações do dia a dia, que, por si só, não são

parâmetro para prescrição de psicofármacos. Mas quando, além desses sentimentos, surgem também outros sintomas que causam prejuízo às atividades do cotidiano, precisamos pensar em tratamento.

A partir do século XVII, a doença mental passou a ser desvinculada das credices por meio das observações cuidadosas e objetivas de estudiosos como Thomas Stysdenham, Francis Bacon, John Locke e Baruch Spinoza. No século XVIII que Phillipe Pinel sistematizou uma base de classificação de doenças mentais, separando-as em melancolias, manias sem delírios, manias com delírios e demências<sup>108</sup>.

Ao longo dos anos, diversas substâncias foram sendo utilizadas na tentativa de controlar os sintomas de sofrimento psíquico. Dentre elas, a primeira a ser ministrada com esse objetivo foi à morfina para acalmar os pacientes. Outras substâncias como a cocaína e a heroína também foram usadas para fins de tratamento, e posteriormente foi descoberto o seu potencial de dependência<sup>109</sup>.

## **Antipsicóticos**

Até a década de 1950, os pacientes psicóticos eram isolados em manicômios e submetidos a tratamentos ineficazes e agressivos, tais como banhos gelados, eletrochoque, lobotomia dentre outros. Foi nesse contexto em que a clorpromazina tornou-se o primeiro medicamento antipsicótico a ser utilizado no tratamento de psicose aguda, embora tenha sido desenvolvida para outros fins. Desde então, outras medicações com efeito antipsicótico passaram a ser desenvolvidas. Não obstante aos seus efeitos colaterais, a utilização dessas novas substâncias possibilitou a diminuição do número de internações em leitos psiquiátricos e maior controle da doença mental<sup>110</sup>.

Inúmeros estudos vêm sendo realizados com o objetivo de diminuir os efeitos adversos desses psicofármacos e a manutenção de sua eficácia

antipsicótica. Como exemplos de antipsicóticos comumente prescritos podem ser citados o haloperidol, a risperidona, olanzapina, ziprasidona e clozapina<sup>110</sup>.

Para aliviar sintomas psicóticos, tais como as alucinações e os delírios, as terapias alternativas não se mostram eficazes se realizadas isoladamente. Nesses casos, as medicações devem ser utilizadas para o controle<sup>111</sup>. Nos casos em que não há resposta suficiente, opta-se pela associação de medicação antipsicótica e eletroconvulsoterapia (método muito controverso e questionado quanto a sua eficácia). Este um procedimento atualmente “considerado” seguro nos casos de esquizofrenia com psicose refratária, transtornos de humor, tendo resoluções específicas sobre o seu uso pelo Conselho Federal de Medicina e Ministério da Saúde.

Durante o tratamento com medicamentos antipsicóticos, os pacientes devem também receber um suporte através de uma abordagem psicossocial<sup>112</sup> que contribua com informações e auxilie na adaptação à nova condição imposta pela doença e pelo tratamento.

O suporte psicossocial também contribui para a adesão ao tratamento medicamentoso, redução de fatores de risco, tais como abuso de drogas, depressão e suicídio. Também ajuda o paciente a adequar as expectativas, o que facilita estabelecer metas realistas; auxilia lidar com situações estressantes que poderia desencadear crises; ajuda os familiares a compreenderem a doença e o tratamento, o que contribui para reduzir expressões de crítica, de hostilidade e ou de superenvolvimento emocional<sup>113</sup>.

Vários procedimentos complementares podem contribuir para a recuperação do paciente e sua reintegração ao âmbito familiar e social, tais como psicoterapia individual ou de grupo, orientação familiar, terapia ocupacional, acompanhamento terapêutico entre outros<sup>114</sup>.

## **Antidepressivos**

Os antidepressivos são fármacos que atuam junto a alguns neurotransmissores, como por exemplo, a serotonina, com objetivo de reduzir

e até eliminar os sintomas depressivos. Alguns antidepressivos foram descobertos acidentalmente no final da década de 1950. Vamos a alguns exemplos:

- Os pesquisadores observaram que pacientes com tuberculose, ao serem tratados com iproniazida, um inibidor de monoaminoxidase (IMAO), melhoravam de forma significativa os sintomas depressivos.
- A observação de que a monoaminoxidase degradava a noradrenalina e a serotonina e em decorrência tinha um efeito antidepressivo, representou um marco histórico no desenvolvimento de pesquisas para o tratamento da depressão<sup>110</sup>.
- Os antidepressivos tricíclicos foram descobertos após a observação em 1958, pelo professor suíço Kuhn, de que a imipramina, até então desenvolvida para o tratamento de psicoses, melhorava o humor sem aliviar os sintomas psicóticos.

Alguns psicofármacos são usados com cuidados específicos. É o caso da imipramina e outros tricíclicos desenvolvidos posteriormente, tais como a amitriptilina, a nortriptilina e a clomipramina que são utilizados até os dias atuais e possuem boa eficácia no tratamento da depressão, ansiedade e transtorno obsessivo compulsivo<sup>110</sup>. No entanto, seu efeito cardiotoxico acaba por limitar o uso desses fármacos, principalmente em pacientes hipertensos<sup>114</sup>.

Na década de 1970, a indústria farmacêutica investiu em pesquisas para desenvolver uma droga que tivesse a mesma eficácia dos antidepressivos tricíclicos com menos efeitos adversos. Assim surgiram os inibidores da recaptção da serotonina, cujo precursor foi a fluoxetina (PROZAC), medicação liberada para o mercado norte-americano em 1988<sup>106</sup>.

Ao observar seu sucesso decorrente de sua boa tolerabilidade e eficácia, outras companhias farmacêuticas passaram a pesquisar diversos agentes que elevassem seletivamente a serotonina e mais fármacos foram sendo gradativamente liberados, surgindo então novas classes de antidepressivos que foram introduzidas posteriormente, e que, tinham como mecanismo a inibição seletiva de recaptção de serotonina e noradrenalina (venlafaxina), bem como a inibição da liberação da noradrenalina, no caso

da mirtazapina. Essa classe de medicamento é uma opção quando os inibidores de recaptção de serotonina não tem resposta efetiva, ou não são bem tolerados pelos pacientes<sup>110</sup>.

Um episódio depressivo deve ter duração de, no mínimo, duas semanas, em que os sintomas devem ocorrer na maior parte do tempo. Neste sentido, o uso de antidepressivos tem indicações muito bem estabelecidas e baseiam-se no diagnóstico adequado de um quadro depressivo ou ansioso. Os antidepressivos mais utilizados na prática clínica são os inibidores de recaptção de serotonina e o mais prescrito, por estar disponível na rede pública de saúde, é a fluoxetina. Apesar da fluoxetina ser um bom antidepressivo, tem interação medicamentosa importante com outras drogas prescritas na prática clínica, tais como anti-hipertensivos e hipoglicemiantes, podendo causar epigastralgia, náuseas inquietude e diminuição do apetite<sup>114</sup>. Por outro lado, há quem opte pela fluoxetina para tratamento da obesidade, haja vista o seu efeito colateral de diminuição do apetite. Todavia, sem as mudanças comportamentais, como atividade física e reeducação alimentar, este efeito colateral acaba sendo temporário e há novo ganho de peso, gerando com isto, frustrações<sup>106</sup>.

Lembre-se: medicar um quadro de tristeza reacional a um momento de luto ou a algum problema pessoal ou financeiro, além de não ajudar, pode causar efeitos colaterais no indivíduo, havendo risco de desencadear danos físicos, caso já exista algum outro problema clínico<sup>114</sup>.

Nos casos situacionais em que não há um diagnóstico de transtorno depressivo ou ansioso, o acompanhamento psicológico associado a terapias complementares, tais como acupuntura<sup>115</sup>, prática de atividade física<sup>116</sup>, yoga<sup>117</sup> e auriculoterapia<sup>118</sup> são excelentes opções e costumam ter resultados significativos.

## **Estabilizadores de humor**

O grande marco no tratamento eficaz nos quadros de transtorno afetivo bipolar ocorreu em 1954, quando o pesquisador Mogens Schou e

colegas publicaram os resultados de um estudo utilizando carbonato de lítio no tratamento de mania<sup>119</sup>.

Em relação aos estabilizadores de humor, durante muitos anos apenas o carbonato de lítio foi utilizado. Recentemente, outros fármacos passaram a ser utilizados como estabilizadores de humor, tais como anticonvulsivantes e antipsicóticos típicos<sup>110</sup>. No entanto, o lítio continua a ser a primeira escolha. O paciente com transtorno afetivo bipolar pode utilizar-se de terapias complementares, as mesmas indicadas nos casos de quadros depressivos e ansiosos, pois nem sempre haverá necessidade de um estabilizador de humor, por se tratar de uma doença crônica na qual a ocorrência de crises agrava a evolução da doença. Assim, o objetivo dos estabilizadores é diminuir as chances de novos episódios de mania ou depressão<sup>114</sup>.

### **Ansiolíticos e hipnóticos**

Os medicamentos benzodiazepínicos são os psicotrópicos mais comumente utilizados e surgiram na década de 1960, modificando de forma considerável a abordagem clínica nas crises de ansiedade. O clordiazepóxido e o diazepam foram os primeiros a serem desenvolvidos<sup>110</sup>. Em seguida outros foram criados, tais como o alprazolam, o clonazepam e o lorazepam. Embora todos eles apresentem propriedades ansiolíticas, sedativas, hipnóticas, anticonvulsivantes e de relaxamento muscular, o seu uso não é isento de riscos devido aos efeitos colaterais e potencial de abuso, tolerância e dependência<sup>109</sup>. A maioria das prescrições de benzodiazepínicos é emitida por clínicos gerais, médicos de família e obstetras em decorrência de queixas somáticas.

No Brasil, segundo dados do II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas, o índice de indivíduos que consumiram benzodiazepínicos alguma vez na vida é de 5,6% dentre os 7.939 entrevistados de 107 das maiores cidades do País.

Os benzodiazepínicos são indicados para crises agudas de ansiedade, mas são prescritos equivocadamente para tratamento de insônia devido um

dos efeitos colaterais ser a sonolência. A médio e a longo prazo, esse tipo de medicação, além de causar abuso e dependência, pode alterar a estrutura do sono através do aumento da latência para o sono REM (“sono profundo”) e aumentar as chances de desenvolver uma síndrome demencial<sup>109</sup>.

Alguns transtornos psiquiátricos também têm como sintoma a insônia, mas o tratamento deve ser focado no controle do transtorno de base.

A insônia é um sintoma que gera prejuízo na funcionalidade diurna dos indivíduos, isso faz com que, frequentemente, os pacientes busquem auxílio médico<sup>109</sup>. Todavia, é um problema comum e pode ser definida como a dificuldade em repetidas ocasiões para iniciar e/ou manter o sono (insônia inicial e de manutenção), despertar precoce (insônia terminal) ou sono não restaurador. Pode ter inúmeras causas que devem ser investigadas, tais como apneia do sono, narcolepsia e Síndrome das Pernas Inquietas (SPI). Por isso, um diagnóstico correto de sua causa possibilita o seu correto tratamento<sup>110</sup>.

Os sedativos hipnóticos não benzodiazepínicos são drogas que provocam sonolência induzindo e mantendo o sono. Possuem menos efeitos cognitivos em relação aos benzodiazepínicos, embora existam relatos de que seu uso abusivo pode desencadear alterações comportamentais, tais como alucinações visuais, amnésia retrógrada e problemas de coordenação motora. No Brasil, o único disponível é o Zolpidem<sup>110</sup>.

É aconselhável que se evite o uso de hipnóticos antes de tentar terapias não medicamentosas tais como psicoterapia, atividade física, relaxamento, yoga, acupuntura e hipnoterapia. Além dessas alternativas, é fundamental que se realize uma boa higiene do sono, a qual consiste em utilizar a cama do quarto somente para dormir ou para atividade sexual, evitar barulho durante o período do sono, luz e temperatura excessiva, evitar estímulos durante as 4-6 horas que antecedem o sono, tais como uso do celular e TV, caféina, cigarro dentre outros<sup>120</sup>.

## **Estimulantes**

O conceito de estimulantes surgiu há muito tempo com a cafeína e, posteriormente, na década de 1930, um estimulante denominado efedrina, foi extraído remédio herbáceo chinês. A efedrina é um estimulante que causa euforia, ativação simpática e aumento do estado de alerta<sup>110</sup>. A partir da efedrina, foi sintetizada uma outra substância: a anfetamina. A partir de então, surgiram alguns de seus derivados que se mostraram eficazes em focar a atenção em crianças com déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e diminuir a sonolência em casos de narcolepsia. Além disso, por diminuírem o apetite, também passaram a ser utilizadas no tratamento da obesidade. No entanto, ao longo dos anos foi observado o potencial de abuso e dependência que este tipo de psicofármaco pode causar<sup>110</sup>.

Em casos específicos, quando há critérios diagnósticos definidos para TDAH, uma criança pode ter benefício com uso do metilfenidato (Ritalina) ou medicamentos semelhantes desenvolvidos atualmente. Isto possibilita a melhora da concentração e, conseqüentemente, um melhor desempenho escolar na autoestima. Atualmente, há um excesso de prescrição deste tipo de medicação. Isso acontece porque muitos pais têm dificuldade em colocar limites nos filhos (educar) e associam sintomas de agitação e intolerância a frustrações a um problema de saúde. Crianças saudáveis são naturalmente agitadas, mas precisam aprender como lidar com limites e as regras estabelecidas pelos pais, professores e cuidadores<sup>120</sup>.

Os derivados anfetamínicos, conhecidos por inibirem o apetite (anoréxicos), passaram a ser prescritos no tratamento para combater a obesidade. Porém, embora tenham sido proibidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, foram novamente liberados pelo Congresso Nacional. Os derivados anfetamínicos causam sérios riscos de dependência química, indução de sintomas psicóticos em pacientes predispostos e aumento da ansiedade. Neste sentido, optar por medicações para diminuir o peso antes de tentar atividade física e reeducação alimentar, submete o paciente ao risco de fracasso na manutenção da perda de peso a médio e longo prazo<sup>109</sup>.



O tratamento da obesidade deve ser multidisciplinar visando, além da perda de peso, melhora dos parâmetros clínicos e mudanças de hábitos associados à alimentação inadequada<sup>121</sup>. Nas intervenções para a perda de peso há a necessidade de acompanhamento multiprofissional, tais como nutricionista, endocrinologista, profissional de educação física, e muitas vezes acompanhamento psiquiátrico e psicológico.

O tratamento psicológico da obesidade mais indicado é a técnica cognitivo-comportamental que visa a avaliação de pensamentos negativos associados aos maus hábitos de vida e ganho de peso. Um exemplo de crença encontrada em pessoas com sobrepeso é identificada através de pensamentos do tipo “tudo-ou-nada” que preconizam comer muito ou comer nada<sup>122</sup>. O tratamento psiquiátrico nos casos de obesidade é indicado quando haja algum transtorno mental associado ou agravado pela obesidade, tais como transtorno de compulsão alimentar, transtornos depressivos, transtornos ansiosos entre outros<sup>123</sup>.

Como já mencionado anteriormente, soluções rápidas e fáceis são sempre perigosas e, por isso, devem ser evitadas. A utilização de psicofármaco deve observar critérios diagnósticos específicos, respeitando-se as reações naturais dos indivíduos diante das inúmeras adversidades da vida, bem como a personalidade de cada um.

## **Medicalização**

O conceito de promoção do uso racional de medicamentos foi definido pela OMS em 1985, como sendo a situação em que “os pacientes recebam medicamentos adequados às suas necessidades clínicas, em doses que atendam às suas necessidades individuais, por um período de tempo adequado e ao menor custo para eles e sua comunidade”<sup>124</sup>.

Os psicofármacos devem ser considerados como parte integrante do arsenal terapêutico disponível para o cuidado de pessoas com transtornos mentais, e não como a única alternativa viável<sup>125</sup>. Há registros do aumento da utilização desses medicamentos nas últimas décadas, em vários países

ocidentais<sup>126</sup>. Esse fenômeno e seu impacto na sociedade e na saúde pública tem significativa relevância sociológica, econômica e sanitária<sup>127</sup>.

A utilização inadequada de medicamentos pode causar o que se denomina iatrogenia, ou seja, complicações ou efeitos adversos resultantes do tratamento médico. Quando se trata de medicações psicotrópicas, tais danos podem ser ainda mais significativos. O uso inadequado dessa classe de medicamentos, especialmente os benzodiazepínicos, é notório. Os indivíduos abusam desses medicamentos geralmente o fazem para lidar com problemas cotidianos e reações a situações onde há agentes estressores relacionados inequivocamente a determinantes sociais<sup>127</sup>.

Entende-se por medicalização o processo por meio do qual as questões da vida social, marcadas pela cultura e pelo tempo histórico, “são reduzidas a um tipo de racionalidade que vincula artificialmente a dificuldade de adaptação às normas sociais a determinismos orgânicos que se expressariam no adoecimento do indivíduo”<sup>128</sup>. O fenômeno da medicalização está vinculado a populações-chave, a saber: crianças em idade escolar (TDA e TDAH), adolescentes e adultos em privação de liberdade (transtorno de oposição desafiante e transtorno de adaptação), usuários que necessitam de atenção à saúde mental e pessoas com mais de 60 anos<sup>128</sup>.

A recomendação em casos de TDA e TDAH é que se considerem alternativas terapêuticas não farmacológicas, de modo que o uso de medicamentos deverá ser prescrito apenas quando, e se, estritamente necessário. Nos casos das unidades de medidas socioeducativas, observa-se diminuição de diagnósticos de transtorno de oposição e de uso de medicamentos onde se realizam atividades extramuros e o sistema socioeducativo estava integrado aos equipamentos do território. Outro estudo científico aponta para a necessidade da “desprescrição” de benzodiazepínicos em pessoas com mais de 60 anos. Em todos os casos descritos acima poderá ocorrer diminuição significativa da prescrição de psicofármacos, desde que sejam adotadas as contrapartidas necessárias.

Essa discussão traz a tona importantes questões que normalmente não são levantadas durante o atendimento em saúde<sup>128</sup>:

- Existe uma cultura que relaciona o direito à saúde a obtenção de uma prescrição de medicamentos;
- O medicamento é visto como meio rápido e fácil para a resolução de problemas de diversas origens;
- Uma sociedade que funciona de uma forma mais prática, pode induzir a sensação nas pessoas de que precisam se automedicar ou procurar um atendimento médico e/ou terapêutico para estarem produtivas, objetivando maior rendimento no trabalho.

Nesse sentido, entender a abordagem e a atenção em Saúde Mental na Atenção Básica para além do controle sintomatológico e incluir estratégias de ampliação da clínica do sofrimento e do bem-estar do usuário de psicotrópicos torna-se fundamental para o sucesso terapêutico<sup>125</sup>.

Diante do exposto, ao profissional de saúde é necessária a percepção de que as pessoas são essencialmente únicas, com seus sonhos, corpos, histórias de vida, cultura familiar, escolaridade, capacidades e necessidades de socialização e formas de ver o mundo diferentes. Essas diferenças precisam ser respeitadas de modo que possamos compreendê-las, ao invés de tentar “normalizá-las”. Nessa perspectiva, se fazem necessárias as ações integrais e interdisciplinares no cuidado, além do fortalecimento das práticas integrativas e complementares em saúde aliadas ao uso racional de medicamentos.

## Referências

1. 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. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>. Acesso em 21 fev. 2019.

2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ministério da Saúde inclui 10 novas práticas integrativas no SUS. Matéria publicada em 12 de março de 2018. Disponível em: <http://portals.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42737-ministerio-da-saude-inclui-10-novas-praticas-integrativas-no-sus>. Acesso em 21 fev. 2019.
3. RODRIGUES, M. R. O que é Yoga? in: RODRIGUES, M.R. (Org.). Estudos sobre o Yoga. São Paulo: Phorte, 2006.
4. LIU, Z.; SUN, Y. Y.; ZHONG, B. L. Mindfulness-based stress reduction for family carers of people with dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2018, Issue 8.
5. HILTON, L; et al. Mindfulness Meditation for Chronic Pain: Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Behav Med*. V.51, n.2, p.199-213, 2017.
6. GU, Q.; HOU, J. C.; FANG, X. M.; Mindfulness Meditation for Primary Headache Pain: A Meta-Analysis. *Chin Med J*. v.131, n.7, p.829-838, 2018.
7. GALLEGOS, A. M. Meditation and Yoga for Posttraumatic Stress Disorder: A MetaAnalytic Review of Randomized Controlled Trials. *Clin Psychol Rev*. v.58, p.115-124, 2017.
8. SHI, L.; et al. Meditation and blood pressure: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Journal of Hypertension*, v.35, n.4, p.696-706, 2017.
9. GONG, H. Mindfulness meditation for insomnia: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Psychosomatic Research*. v.89, p.1-6, 2016.
10. DEEPAK, K. K. Meditation induces physical relaxation and enhances cognition: A perplexing paradox. *Prog Brain Res*. v.244, p.85-99, 2019.
11. AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS. Depression. *Ann Intern Med*.v.165, n.7, p.49-64, 2016.
12. KHOURY, B.; et al. Effectiveness of traditional meditation retreats: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, v.92, p.16-25, 2017.
13. BITTENCOURT, M. Z. A meditação como prática integrativa na atenção básica em Saúde do sus e SUAS (des)conexões com a educação física. Disponível em: < <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/174761> >. Acesso em: 20 jan. 2018.

14. MOSCOSO, M. S.; LENGACHER, C. A. Mecanismos neurocognitivos de la terapia basada en mindfulness. Disponível em: <[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172948272015000200005&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172948272015000200005&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 20 jan. 2018.
15. KABAT-ZINN, J. *Wherever You Go, There You Are: Mindfulness Meditation in Everyday Life*. Sacramento: Hyperion Books, 1994.
16. HAYES, S. C. Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies: mindfulness, acceptance and relationships. Em: S. Hayes; V. Follette & M. Linehan (Orgs.). *Mindfulness and Acceptance: Expanding the cognitive behavioural tradition* (pp. 1-29). New York: Guilford, 2004.
17. CRANE, R. S.; KUYKEN, W. *The Implementation of Mindfulness Based Cognitive Therapy: Learning From the UK Health Service Experience*, 2012. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s12671-012-0121-6>>. Acesso em: 20 jan. 2018.
18. DEMARZO, M. M. P. (Coord); SOUZA, E. L.; SALVO, V. L. M. *Seminários Avançados em Mindfulness Aplicado à Saúde*, 2016. Disponível em: <[https://www.mindfulnessbrasil.com/assets\\_dist/arquivos/seminarios\\_avancados\\_2016\\_cronograma\\_20\\_semestre.pdf](https://www.mindfulnessbrasil.com/assets_dist/arquivos/seminarios_avancados_2016_cronograma_20_semestre.pdf)>. Acesso em: 20 jan. 2018.
19. SOLER, J.; et al. Psychometric proprieties of Spanish version of Mindful Attention Awareness Scale (MAAS), 2012. Disponível em: <<https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/14/75/ENG/14-75-ENG-19-26-466350.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2018.
20. KABAT-ZINN, J.; LIPWORTH, L.; BURNEY, R. & SELLERS, W. Four-year follow-up of a meditation-based stress reduction program for the self-regulation of chronic pain: Treatment outcomes and compliance. *2*, 159-173. *Clinical Journal of Pain*, 1986.
21. LINEHAN, M. M. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford, 1993.
22. CAMPAYO, J. G.; DEMARZO, M. *Manual Práctico. Mindfulness. Curiosidad y aceptación*. España: Editorial Siglantana, 2015.

23. BARROS, N. F.; et al. Yoga e promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 4, p. 1305-1314, 2014.
24. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Traditional Medicine Strategy 2002-2005*. Geneva: WHO; 2002. 74p.
25. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). *Política Nacional de Promoção à Saúde*. Brasília: MS; 2006. 60p.
26. SIEGEL, P.; BARROS, N. F. *Yoga e Saúde: o desafio da introdução de uma prática não-convencional no SUS*. 2010. 217f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas- Campinas.
27. FURT, G. M. *O mundo secreto dos desenhos*, 2. Edição - São Paulo, Paulus 2006.
28. JUNG, C. G. *O espírito na arte e na ciência*. (3ª ed.) Petrópolis: Vozes, 1971.
29. CHEVALIER, J.; G. A. *Dicionário de símbolos*. 12 ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1998.
30. JACOBI, J. *Complexo, arquétipo, símbolo na psicologia de C.G. Jung*. São Paulo: Cultrix. 1995.
31. JUNG C. G. *A vida simbólica*. 2. Ed. Petrópolis: Vozes, 1971.
32. BROWN, D. *Arte Terapia: fundamentos*. São Paulo: Vitória Régia, 2000.
33. SILVEIRA, N. *O mundo das imagens*. São Paulo: Ática, 1992.
34. MED, B. *Teoria da Música*. Brasília, DF. Ed. Musimed, 1996.
35. CUNHA, R. R. S.; VOLPI, S. B. *A prática da musicoterapia em diferentes áreas de atuação*. *Revista Científica/FAP (Curitiba. Online)*, v.3, p.1, 2008.
36. RUUD, E. *Caminhos da Musicoterapia*. São Paulo: Summus, 1990. \_\_\_\_\_ *Music Therapy: Improvisation, Communication, and culture*. Gilsum: Barcelona Publishers, 1998.
37. GASTON, T. *Manual de Musicoterapia*. Buenos Aires: Paidós, 1968. MED, Bohumil. *Teoria da Música*. Brasília, DF. Ed. Musimed, 1996.

38. BRUSCIA, K. Definindo Musicoterapia. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.
39. BARCELLOS, L. R. Musicoterapia alguns escritos. Rio de Janeiro: Enelivros 2004.
40. VIANNA, M. N. Musicoterapia e aleitamento materno. 2008. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2008.
41. CHAGAS, M.; PEDRO, R. Processos de subjetivação na música e na clínica em musicoterapia. 2007. Tese (Doutorado) - Programa EICOS de Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2007.
42. FIALHO, P. B. As possíveis correlações da musicoterapia com a política de humanização na maternidade-escola da UFRJ. 2004. Monografia (Graduação) - Conservatório Brasileiro de Música, Centro Universitário, Rio de Janeiro. 2004.
43. SÁ, L. C. Implantação da musicoterapia no Hospital de Urgências de Goiânia: contribuindo para a humanização na saúde pública. Goiânia: NEPAM, Escola de Música e Artes Cênicas da UFG, 2004. (Projeto de Extensão do Núcleo de Estudos, Pesquisas e Atendimentos em Musicoterapia).
44. PIMENTEL, A. F. Convergências entre a Política Nacional de Humanização e a Musicoterapia. 2005. Monografia (Especialização) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2005.
45. FERREIRA, D. T. Biblioterapia: Uma prática para o desenvolvimento pessoal. ETD – Educação Temática Digital, Campinas, SP, v.4, n.2, p 35-47, jun. 2003.
46. MARCINKO, S. Bibliotherapy: practical applications with disabled individuals. Current studies in Librarianship, v.13, n.1/2, Spring/Fall 1989, p.1-5.
47. ALVES, M. H. H. A aplicação da biblioterapia no processo de reintegração social. Revista brasileira de Biblioteconomia e Documentação, São Paulo, v.15, n.1/2, p.54-61, jan./jun. 1982.
48. ORSINI, M. S. O uso da literatura para fins terapêuticos: Biblioterapia. Comunicação e Artes, São Paulo, n.11, 1982, p.139-149.

49. OUAKNIN, Marc-Alain. *Biblioterapia*. São Paulo: Loyola, 1996.
50. LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. *Vocabulário de psicanálise*. Tradução de Pedro Tamen. São Paulo: M. Fontes, 1994.
51. LOPES, L. C.; et al. *Doença de Alzheimer: Prevenção e Tratamento*. Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar. p.1-20, 2011. Disponível em: < [http://diretrizes.amb.org.br/ans/doenca\\_de\\_alzheimer-prevencao\\_e\\_tratamento.pdf](http://diretrizes.amb.org.br/ans/doenca_de_alzheimer-prevencao_e_tratamento.pdf) >. Acesso em: 26 jan. 2019.
52. CALDIN, C. F. *A poética da voz e da letra na literatura infantil: (leitura de alguns projetos de contar e ler para crianças)*. 2001. 261 f. Dissertação (Mestrado em Literatura) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
53. CONSCIÊNCIA NET. Adalberto Barreto: *Terapia Comunitária Integrativa*. Matéria publicada em 13 de abril de 2013. Disponível em: <http://consciencia.net/adalberto-barreto-terapia-comunitaria-integrativa/>. Acesso em 21 fev. 2019.
54. SILVA, P. M. C. *A Terapia Comunitária como estratégia de intervenção para o empoderamento de usuários de CAPS em processo de alta*. [Tese]. Universidade Federal da Paraíba. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. JoãoPessoa, 2016.
55. CARÍCIO, M. R. *Terapia Comunitária: um encontro que transforma o jeito de ver e conduzir a vida*. [Dissertação]. Universidade Federal da Paraíba. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. João Pessoa, 2010.
56. BRIGITTE C. R. *Empezae a Constelar - Madri - Espanha*, 4. Ed. Gaia Ediciones, 2010.
57. GRAÇA, M. H. *Constelação familiares com bonecos* 2 ed. Curitiba: Juruá, 2015.
58. NAHAS, M. V.; GARCIA, L. M. T. *Um pouco de história, desenvolvimentos recentes e perspectivas para a pesquisa em atividade física e saúde no Brasil*. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, v. 24, n. 1, p. 135-148, 2010.
59. FREIRE, R. S.; et al. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, v. 20, n. 5, p. 345-349, 2014.



60. GUEDES, D. P.; et al. Aptidão física relacionada à saúde de escolares: programa fitness-gram. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*. v. 18, n. 2, 2012.
61. BATISTA FILHO, I.; JESUS, L. L.; ARAÚJO, L. G. S. Atividade física e seus benefícios à saúde. 2019. Disponível em: <[https://www.inesul.edu.br/revista/arquivos/arq-idxvol\\_31\\_1412869196.pdf](https://www.inesul.edu.br/revista/arquivos/arq-idxvol_31_1412869196.pdf)>. Acesso em: 28 jan 2019.
62. FERREIRA, M. V. C. *Hipnose na Prática Clínica*. 2a ed. São Paulo: editora Atheneu, 2012.
63. PALSSON, O. S. Hypnosis Treatment of Gastrointestinal Disorders: A Comprehensive Review of the Empirical Evidence, *American Journal of Clinical Hypnosis*, 2015. 58:2, 134-158, DOI: 10.1080/00029157.2015.1039114.
64. MILLING, L. S.; et al. A Meta-Analysis of Hypnotic Interventions for Depression Symptoms: High Hopes for Hypnosis? - *American Journal of Clinical Hypnosis*, 61:3, 227-243, 2018. DOI: 10.1080/00029157.2018.1489777
65. MARK D. M. What We Can Do with Hypnosis: A Brief Note, *American Journal of Clinical Hypnosis*, 51:1, 29-36, 2008. DOI: 10.1080/00029157.2008.10401640
66. CHEN, P. Y.; LIU, Y. M.; CHEI, M. L. The Effect of Hypnosis on Anxiety in Patients With Cancer: A Meta-Analysis, *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 2017; 14:3, 223-236.
67. ROTARU, T. S.; RUSU, A. A Meta-Analysis for the Efficacy of Hypnotherapy in Alleviating PTSD Symptoms, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 64:1, 116-136, 2016. DOI:10.1080/00207144.2015.1099406.
68. NEUBERN, M. S. *Hipnose, Dor Crônica e Técnicas de Ancoragem: A Terapia de Dentro para Fora Psicologia: Teoria e Pesquisa Jul-Set 2013, Vol. 29 n. 3, pp. 297-304*. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/28780>.
69. CORTEZ, C. M.; OLIVEIRA, C. R. A prática da hipnose e a ética médica. *Bioética* 2003, vol. 11 - n° 1. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/150/154](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/150/154)

70. MADAN, A.; PELLING, N. Hypnosis Knowledge, Experience, Attitudes, and Beliefs among South Australian Psychologists, Counselors, and Physiotherapists, *International Journal of Mental Health*, 44:1-2, 11-32, 2015. DOI: 10.1080/00207411.2015.1009745
71. SOUZA, M.P. Tratado de Auriculoterapia. Brasília: LR Artes Gráfica e Editora Ltda., 2013 NEVES, M.L. Manual prático de auriculoterapia. Porto Alegre: Merithus, 2018
72. ASHER, G. N. Auriculotherapy for pain management: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Altern Complement Med*. v.16, n.10, p.1097-108, 2010.
73. VIEIRA, A.; et al. Does auriculotherapy have therapeutic effectiveness? An overview of systematic reviews. *Complement Ther Clin Pract*. v.33, p.61-70, 2018.
74. SHIN, J.; PARK, H. Effects of Auricular Acupressure on Constipation in Patients With Breast Cancer Receiving Chemotherapy: A Randomized Control Trial. *West J Nurs Res.*, v.40, n.1, p.67-83, 2018.
75. DI, Y. M.; et al. A meta-analysis of ear-acupuncture, ear-acupressure and auriculotherapy for cigarette smoking cessation. *Drug Alcohol Depend*, v.1, n.142, p.14-23, 2014.
76. JANSSEN, P. A.; et al. Auricular acupuncture for chemically dependent pregnant women: a randomized controlled trial of the NADA protocol. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, v.7, n.48, p. 1-10, 2012.
77. EGHBALI, M.; et al. The effect of auricular acupressure on nausea and vomiting caused by chemotherapy among breast cancer patients. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, v.24, p.189-194, 2016.
78. PRADO, J. M. D.; KUREBAYASHI, L. F. S.; SILVA, M. J. P. D. Experimental and placebo auriculotherapy for stressed nurses: randomized controlled trial. *Rev Esc Enferm USP.*, v.52, p.1-8, 2018.
79. KUREBAYASHI, L. F.; et al. Auriculotherapy to reduce anxiety and pain in nursing professionals: a randomized clinical trial. *Rev Lat Am Enfermagem*. v.25, p.1-9, 2017.

80. CHUEH, K.H.; CHANG, C.C.; YEH, M.L. Effects of Auricular Acupressure on Sleep Quality, Anxiety, and Depressed Mood in RN-BSN Students With Sleep Disturbance. *J Nurs Res.* v.26, n.1, p.10-17, 2018.
81. YEH, M.L.; et al. Auricular acupressure for pain relief in adolescents with dysmenorrhea: a placebo-controlled study. *J Altern Complement Med.*v.19, n.4, p.313-318. 2013.
82. WU, C.; et al. Transcutaneous auricular vagus nerve stimulation in treating major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Medicine* v. 97, n.52, p.1-8, 2018.
83. LOPES, S.S.; SULLANO; L.C. Atlas de Auriculoterapia de A a Z. Curitiba: Omnipax, 2016. 180 p.
84. LOCH-NECKEL, G.; CARMIGNAN, F.; CREPALDI, M. A. A homeopatia no SUS na perspectiva de estudantes da área da saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 34, n. 1, p. 82-90, 2010.
85. SANTOS, R.; SÁ, F. M. P. Homeopatia: histórico e fundamentos. *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente*, v. 5, n. 1, p. 60-78, 2014.
86. SIQUEIRA, C. M. Alterações Celulares Induzidas por um novo Bioterápico do Tipo Nossódio Vivo sobre as Linhagens MDCK e J774. 2009. 128f. (Dissertação) Mestrado em Ciências Farmacêuticas. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
87. TEIXEIRA, M. Z. Homeopatia nas Doenças Epidêmicas: conceitos, evidências e propostas. *Revista de Homeopatia*, v. 73, n. 1-2, p. 36-56, 2010.
88. VENDRAME, Fernanda de Souza. A contribuição para a naturologia do estudo dos doshas e seus desequilíbrios. 2012. 88 f. TCC (Graduação) - Curso de Naturologia, Universidade Anhembí Morumbi, São Paulo, 2012.
89. RODRIGUES, A. L. S.; DUTRA, C. M. R. Ayurveda Massage: novo paradigma na busca da saúde, 2012.
90. DEVEZA, C. R. S. Ayurveda – a medicina clássica indiana. *Rev Med (São Paulo)*. 2013 jul.-set.,92(3):156-65. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/79996>. Acesso em: 18 de fev. 2019.

91. BEZERRA, V. S. R.; SILVA, L. C. A.; RUFINO, E. A. O que a medicina indiana tem a nos ensinar sobre a saúde: um estudo sobre o ayurveda. Disponível em: <https://tconline.utp.br/media/tcc/2017/05/AYURVEDA-MASSAGE.pdf>>. Acesso: 18 fev. 2019.
92. BRASIL, Cadernos de Atenção Básica Nº 34. Saúde Mental, Distrito federal, 2013. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_34\\_saude\\_mental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf)
93. MERHY, E E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde, uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Editora Xamã, 1998.
94. HIRDES A; SCARPARO, H. O Labirinto e o Minotauro: saúde mental na atenção primária a saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 2, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n2/1413-8123-csc-20-02-0383.pdf>
95. TESSER, C. D; TEIXEIRA, B. C. Saúde mental na atenção básica: estratégias de implantação a partir de uma experiência. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 88, 2011. Disponível em: <http://docvirt.com/docreader.net/SaudeDebate/9188>.
96. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação Nº 2, de 28 de setembro de 2017 (inclui Política Nacional de Atenção Básica), Distrito Federal, 2017. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prcoo02\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prcoo02_03_10_2017.html)
97. ZIMERMAN, D E; OSÓRIO, L C. Como trabalhamos com grupos. Artes Médicas. Porto Alegre, 1997.
98. BRASIL. Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental. Centro de Estudos e Pesquisa em saúde Coletiva. Brasília, 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_matriciamento\\_saudemental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf)
99. MORÉ, C L O, RIBEIRO, C. Trabalhando com Grupos na Estratégia Saúde da Família [Recurso eletrônico]. Universidade Federal de Santa Catarina; Florianópolis, 2010. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/195>
100. PICHÓN-RIVIÈRE, E. Ideología y psicología concreta. *Cadernos de Psicología Concreta*, Buenos Aires, Año 1, n. 1, 1969.

101. FISCAMANN, J. B. Como agem os grupos operativos? In: Zimmerman DE et al. Como trabalhamos com grupos Porto Alegre (RS). Artes Médicas, 1997.
102. MINOZZO F. Grupos de saúde mental na atenção primária. *Fractal Rev. Psicol.*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, 2012. Disponível em: <http://periodicos.uff.br/fractal/article/view/4898/4739>
103. ONOCKO- CAMPOS, R. T. Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 16, n. 43, p. 967-980, 2012a. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n43/aop4412.pdf>
104. BRASIL. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf)
105. GUIMARÃES S., GUAZZELLI, C. T. Oficinas Terapêuticas: Formas de cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica. Pós-Graduação de Saúde Mental e Atenção Psicossocial do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí – UNIDAVI, 2016. Disponível em: <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Saionara-Guimar%C3%A3es.pdf>
106. ALEXANDER, F. G.; SELESNICK, S. T. História da Psiquiatria: uma avaliação do pensamento e da prática psiquiátrica desde os tempos primitivos até o presente. 2. ed. São Paulo: IBRASA, 1980.
107. DHIEL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. Dependência Química – prevenção, tratamento e políticas públicas. Ed Artmed, 2011.
108. SCHATZBERG, A. F; COLE J. O; de BATTISTA C. Manual de Psicofarmacologia Clínica. 6ª. ed. Artmed, 2009.
109. STHAL, S. M. Psicofarmacologia – bases neurocientíficas e aplicações práticas. 4ª edição. Ed. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 2013.
110. LOUZA NETO, Mario R. Manejo clínico do primeiro episódio psicótico. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 22, supl. 1, p. 45-46, May 2000 . Acesso em 14 Fev. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462000000500015>.

111. MCGORRY, P. D.; JACKSON H. J. The recognition and management of early psychosis: a preventive approach. Cambridge: Cambridge University Press; 1999.
112. CORDIOLI, A. V. Psicofármacos – consulta rápida. 5ª edição. Artmed, 2015.
113. SILVA, A. L. P. O tratamento da ansiedade por intermédio da acupuntura: um estudo de caso. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 30, n. 1, p. 200-211, mar. 2010.
114. COSTA, R. A.; SOARES, H. L. R.; TEIXEIRA, J. A. C. Benefícios da atividade física e do exercício físico na depressão. *Rev. Dep. Psicol., UFF, Niterói*, v. 19, n. 1, p. 273-274, 2007. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-80232007000100022>
115. VORKAPIC, C. F.; RANGE, B. Os benefícios do yoga nos transtornos de ansiedade. *Rev. bras.ter. cogn.*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 50-54, jun. 2011.
116. KUREBAYASHI, L. M. S; et al. Auriculoterapia para redução de ansiedade e dor em profissionais de enfermagem: ensaio clínico randomizado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2017;25:e2843 DOI: 10.1590/1518-8345.1761.2843 disponível em: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)
117. GAZALLE, F. K.; KAPCZINSKI, F. Mogens Schou e o uso do lítio em psiquiatria. *Rev. Bras. Psiquiatr. São Paulo*, v. 28, n. 1, p. 82-83, Mar.,2006. Disponível em: [.http://dx.doi.org/10.1590/S151644462006000100018](http://dx.doi.org/10.1590/S151644462006000100018).
118. STOREBO OJ; et al. *Database Syst Rev.* 2015 Nov 25; (11): CD009885. doi: 10.1002/14651858. CD009885. pub2. Methylphenidate for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder.
119. KUSHNER, R. F.; RYAN, D. H. Assessment and lifestyle management of patients with obesity: clinical recommendations from systematic reviews. *JAMA.* 2014; 312:943–952.
120. BECK, J. Pense magro: treine seu cérebro a pensar como uma pessoa magra. A dieta definitiva de Beck Judith Beck. Porto Alegre, Artmed, 2008.
121. ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. (2013). Os transtornos depressivos. No *Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (5ª ed.)*. doi: 10.1176/appi.books.9780890425596.807874

122. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Expert Conference, 1985, Nairobi. Rational Use of Medicines. Report of the Expert Conference, Nairobi, 25-29 November 1985. Geneva: World Health Organization. 1986. 304 p.
123. BORGES, L. R. Sobre Autonomias dirigidas e vestígios do passado: repercussões da gestão autônoma de medicamentos psicotrópicos nas narrativas de trabalhadores da atenção básica. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, 2014. Disponível em: [http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/313045/1/Borges\\_Luana\\_Ribeiro\\_M.pdf](http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/313045/1/Borges_Luana_Ribeiro_M.pdf)
124. 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, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006005000045>.
125. MOURA, D. C. N.; et al. Uso abusivo de psicotrópicos pela demanda da Estratégia Saúde da Família: Revisão Integrativa de Literatura. SANARE, Sobral. V.15 n.02, p.136-144, Jun./Dez. - 2016. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/1048/594>
126. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Fórum de medicalização da educação e saúde. Recomendações a práticas não medicalizantes para profissionais de serviços de educação e saúde. São Paulo, 2015. Disponível em: [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2015/06/CFP\\_CartilhaMedicalizacao\\_web-16.06.15.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2015/06/CFP_CartilhaMedicalizacao_web-16.06.15.pdf)
127. POTTIE, et al. Deprescribing benzodiazepine receptor agonists Evidence-based clinical practice guideline. Can Fam Physician. 2018 May;64(5):339-351. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29760253>

## Sobre os autores

### **Ana Carolina Peixoto do Nascimento**

*Psicóloga (ULBRA). Mestre em Ensino de Ciência e Saúde (UFT).*

### **César Gustavo Moraes Ramos**

*Psicólogo (PUCRS). Mestre em Ciências Criminais (PUCRS). Possui experiência de apoio institucional e matricial pela Política Nacional de Humanização/MS e pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). Atuou em serviços de saúde mental, projetos intersetoriais de direitos humanos e políticas de álcool e outras drogas.*

### **Dinarte Alexandre Prietto Ballester**

*Médico. Especialista em medicina de família e comunidade e psiquiatria. Mestre em educação (PUCRS). Mestre em clínica médica (UFRGS). Doutor em psiquiatria e psicologia médica (UNIFESP).*

### **Domingos de Oliveira**

*Enfermeiro. Mestre em Enfermagem (UFSC). Professor da Disciplina de Saúde Mental do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Tocantins (UFT).*

### **José Erson Douglas de Souza Nery Neto**

*Graduado em Letras (UFT/TO). Graduado em Educação Física (Centro Universitário Claretiano). Professor de Tai-Chi Chuan, Yoga e Meditação.*

### **Joyce Duailibe Laignier Barbosa Santos**

*Psicóloga (ULBRA). Especialista em Gestão de Pessoas (UFT) e em Gestão Pública em Saúde (UFT). Mestre em Ensino de Ciência e Saúde (UFT).*

### **Leandro Guimarães Garcia**

*Biomédico (UNIFESP). Doutor em Biologia Celular e Molecular (UNB). Professor do curso de medicina e do Mestrado em Ensino de Ciência e Saúde na UFT. Responsável pelo Núcleo de Telessaúde da UFT.*

### **Leila Rute Oliveira Gurgel do Amaral**

*Graduada em psicologia (UEL). Mestre em Psicologia (UNESP). Doutora em Ciências (USP). Pós-doutora em Psicologia (UNESP).*



**Maria Zulene Saturno da Silva**

*Graduada em Cosmetologia e Estética (ULBRA-TO). Especialista em Docência do Ensino Superior (ITOP/TO). Capacitação em Terapia Ayurveda (EYBVA/MG). Capacitação em Aromaterapia (IMBRA/MG). Capacitação em Terapia em Saúde Quântica (Natural Center/TO). Capacitação em Mentoring (facilitadora de círculo de mulheres) (Instituto do Ser/SP).*

**Natália Pinheiro Basan**

*Graduada em medicina veterinária (UFU/MG). Graduada em medicina (UFT/TO). Capacitação em hipnoterapia: hipnose prática e clínica (2014); hipnose clínica (2015). Curso prático de hipnose regressiva (2018). Curso presencial de hipnose clínica (2018). Ipnosi non verbale (2019). Professional hypnotherapy formation (2019).*

**Nereu Gomes Neto Léda**

*Psicólogo (UNIPÊ/PB). Especialista em psicologia junguiana (FACIS/SP). Especialista em psicossomática (FACIS/SP). Especialista em dependências, abusos e compulsões. Capacitação em hipnose e constelações familiares.*

**Sonielson Luciano de Sousa**

*Licenciado em Filosofia pela Universidade Católica de Brasília (UCB/DF). Graduado em Comunicação Social (ULBRA/TO). Especialista em Educação, Comunicação e Novas Tecnologias, com ênfase em Docência Universitária (Unitins/UFBA). Mestre em Comunicação e Sociedade (UFT/TO). Professor universitário (ULBRA/TO) nas disciplinas de Filosofia, Antropologia, Comportamento nas Organizações, Psicologia da Comunicação, Sociedade e Contemporaneidade.*

**Tiago Veloso Neves**

*Graduado em fisioterapia. Especialista em Ambiente Organizacional, Saúde e Ergonomia. Mestre em Ciências da Saúde (UFT/TO).*

**Veridiana de Cassia Barreto Cesarino**

*Graduada em Musicoterapia pela Faculdade de Artes do Paraná (FAP/PR). Licenciada em Música (EAD/UnB). Especialista em “Saúde Mental, Psicopatologia e Psicanálise” (PUC/PR).*

**Viviane Souza Paiva**

*Psicóloga (UFSJ/MG). Especialista em Filosofia Contemporânea (UFSJ/MG). Especialista em Gestão de Redes de Atenção à Saúde (FIOCRUZ/RJ). Técnica do Núcleo de Políticas Transversais e Qualificação da APS/Diretoria de Atenção Primária/SES - TO.*

A Editora Fi é especializada na editoração, publicação e divulgação de pesquisa acadêmica/científica das humanidades, sob acesso aberto, produzida em parceria das mais diversas instituições de ensino superior no Brasil. Conheça nosso catálogo e siga as páginas oficiais nas principais redes sociais para acompanhar novos lançamentos e eventos.



**[www.editorafi.org](http://www.editorafi.org)**  
**[contato@editorafi.org](mailto:contato@editorafi.org)**