

# Unidade 3

## Estratégias para implementação do Cuidado Integral em Saúde Mental

**Autores:**

Marcos Aurélio Maeyama

Marceli Maria Rissi

Marlon Alexandro Steffens Orth

# Estratégias para implementação do Cuidado Integral em Saúde Mental

## OBJETIVO DE APRENDIZAGEM

- Discutir a organização do processo de trabalho das equipes de ESF para atender as necessidades das pessoas com sofrimento mental.

Para atender as necessidades das pessoas em sofrimento mental, a organização do processo de trabalho da equipe é fundamental. Em resumo, o processo de trabalho é a forma como a equipe se organiza para responder as necessidades das pessoas. Essa forma tem relação direta com o jeito de enxergar o processo saúde-doença, como vimos anteriormente. Nesse tópico discutiremos formas de organização que respondem a Integralidade da atenção, incluindo Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular, Trabalho com Grupos, Matriciamento e Atenção Compartilhada.

## Clínica Ampliada

O modelo tradicionalmente realizado nas unidades de saúde é baseado ainda na queixa-conduta, o que exclui a possibilidade de conhecer os vários determinantes do processo saúde-doença. Essa forma tradicional busca identificar os sinais e sintomas, e se baseiam em protocolos para a definição de um diagnóstico e tratamento. Os protocolos sugerem uma generalização dos casos, ou seja, todos são tratados de forma semelhante, portanto, entendendo que as necessidades das pessoas são as mesmas para um mesmo diagnóstico (BRASIL 2010a).

Essa forma tradicional, no campo da saúde mental, significa que pessoas que apresentam sintomas de depressão e ansiedade, por exemplo, em geral são tratadas da mesma forma, com medicamentos.

Em contraposição ao modelo hegemônico, tanto o movimento da Reforma Psiquiátrica quanto a Estratégia Saúde da Família partem de princípios e diretrizes que vislumbram a construção de formas mais humanas e mais acolhedoras de se pensar e de se promover saúde, implicando a elaboração de novos modos de atenção que contemple essa perspectiva mais ampliada (SOUZA, 2006). Ambos tratam dos problemas em um nível territorial, prezando os vínculos entre os sujeitos e seus territórios de vida e estimulando que os usuários deixem sua tradicional posição de pacientes e se tornem protagonistas de suas próprias histórias (NASCIMENTO et al, 2010).

## Unidade 3

É preciso um novo olhar para que a clínica não seja mais voltada para a doença, mas sim para uma prática que busque prolongar e melhorar a qualidade de vida dos sujeitos, evitando e aliviando a dor e o sofrimento (CARVALHO; CUNHA, 2006).

Para as equipes da ESF o território é um tema central no processo de trabalho e na construção das práticas de cuidado. Ao delimitar determinado recorte geográfico, uma equipe de saúde se torna responsável pela população que vive naquela área e pela vigilância aos determinantes do processo saúde-doença daquele território (DIMENSTEIN et al, 2009).

Os novos paradigmas em saúde mental destacam a prevenção e a promoção da saúde, reivindicando um modelo de clínica que permita entender os vários determinantes (culturais, sociais, econômicos, subjetivos, etc.) que estão presentes na produção do sofrimento psíquico e nos processos de adoecimento e cura (NASCIMENTO et al, 2010). Essa forma de entender os determinantes e relacioná-los com os problemas de saúde, singularizando as necessidades a partir de um contexto é o que chamamos de clínica ampliada.

A clínica ampliada remete ao sentido da integralidade que é o de atender as necessidades das pessoas. A integralidade contrapõe-se à abordagem fragmentária e reducionista dos indivíduos, enquanto seres biológicos. O olhar do profissional, neste sentido, deve ser totalizante, com apreensão do sujeito biopsicossocial. Assim, seria caracterizada pela assistência que procura ir além da doença e do sofrimento manifesto, buscando apreender necessidades mais abrangentes dos sujeitos.

Na saúde mental, seguindo a lógica da clínica ampliada, as necessidades vão além de uma consulta de renovação de medicamentos, podendo ir de uma simples conversa, à necessidade de psicoterapia individual, participação em grupos para socialização ou ainda atividades que valorizem a autoestima, terapia comunitária, ações de **promoção da saúde**, entre outras. Mas é importante não partir de pacotes prontos. Estas atividades devem ser organizadas a partir de necessidades individuais e coletivas levantadas.

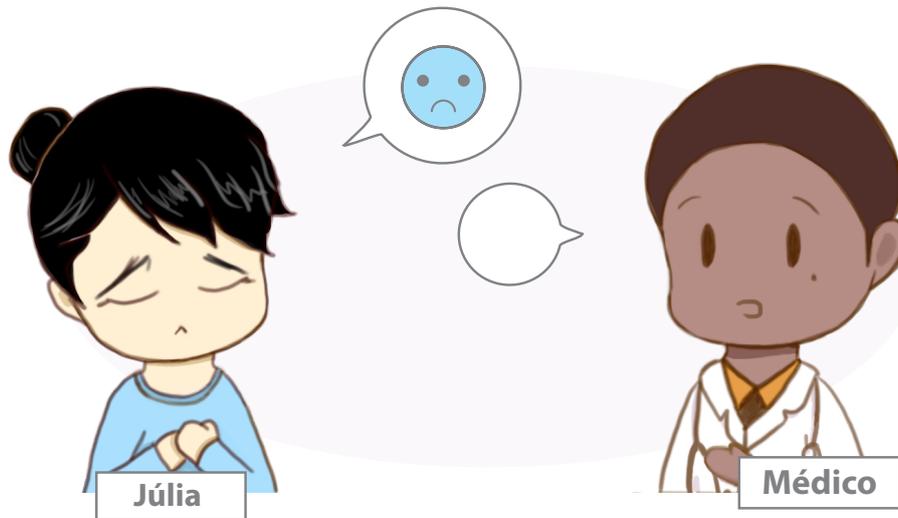
**Promoção da Saúde:** A promoção de saúde pressupõe uma concepção que não restrinja a saúde à ausência de doença, mas que seja capaz de atuar sobre seus determinantes que são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Esta concepção implica potencializar formas mais amplas de intervir em saúde, exigindo e desafiando a construção de ações intersetoriais (renda, trabalho, educação, lazer, segurança, alimentação), que busquem a melhoria das condições de vida.

### SAIBA MAIS

Saiba mais sobre terapia comunitária assistindo à webpalestra “Princípios básicos da Terapia Comunitária” realizada pelo médico de família e comunidade Bruno Guimarães Tannus:

<https://www.youtube.com/watch?v=whVBbuhDtm0>

### Na prática:



Júlia, de 45 anos, procura a unidade de saúde para uma consulta com o médico. Logo no início da consulta, ele pergunta qual é o motivo da procura. Ela, de cabeça baixa, responde que está deprimida e que precisa de um antidepressivo. De repente, ela começa a chorar. Em geral, diante desta situação o médico realiza o diagnóstico e prescreve o antidepressivo, sem grandes contestações. É o tratamento de uma depressão. Mas a conversa continua, e o médico pergunta o que está acontecendo. Ela responde:

- Estou muito triste, sem ânimo para nada, e não tenho mais vontade de viver.
- Quando isso começou? - pergunta o médico.
- Há três meses perdi meu marido. - responde Júlia.
- Como tudo aconteceu?
- Meu marido teve um derrame cerebral dois anos atrás e ficou acamado. Foi um período muito difícil... Passamos por dificuldades, pois além do meu marido parar de trabalhar, também tive que deixar meu trabalho de diarista. Ficamos dependentes apenas do INSS, o que mal dava para nossas despesas básicas.
- O que mais mudou em sua vida, nesse período?
- Como não tenho parentes próximos, meu marido ficou totalmente dependente, e tive que deixar de fazer todas as coisas que fazia.
- Que coisas são essas?
- Eu frequentava a igreja duas vezes por semana. - conta ela.
- O que mais você fazia e deixou de fazer? - pergunta ele, interessado na história.
- Eu fazia parte de um grupo de mulheres que bordava peças de enxoval para jovens mães do bairro, e também participava da academia de saúde.
- Você gostava de fazer estas coisas?
- Sim, gostava. - Responde ela levantando a cabeça.

A história mostra que não é só uma depressão, mas trata-se de **uma pessoa com depressão**. É um caso singular, o de Júlia. Tem causa, tem contexto. É uma pessoa que precisa mais do que um medicamento. Tem outras necessidades. Necessidade de ter uma vida novamente. A escuta centrada na pessoa e não na doença permite apreender essas necessidades, a clínica ampliada.

## Unidade 3

Outra questão importante é que apesar da singularidade dos casos, a potência da Atenção Básica, a partir do conhecimento do seu território, do conhecimento dos problemas individuais e comunitários, permite propor soluções tanto individuais quanto coletivas.

A prática da clínica ampliada valoriza o trabalho em equipe, pois não se resume mais a simples consulta médica, e todos os profissionais adquirem a mesma importância.



- Você, na posição do médico que atendeu a Sra Júlia no caso acima, que tipo de encaminhamentos daria? De que forma outros profissionais da equipe poderiam contribuir?

### Projeto Terapêutico Singular

Como já vimos anteriormente, na integralidade todo caso é singular, pois ele reflete a biografia de cada pessoa. O termo Projeto Terapêutico Singular (PTS) é designado para os casos mais complexos, que exigem grande interação da equipe.

O PTS pode ser definido como uma estratégia de cuidado que articula um conjunto de ações resultantes da discussão e da construção coletiva de uma equipe multiprofissional e leva em conta as necessidades, as expectativas, as crenças e o contexto social da pessoa ou do coletivo para o qual está dirigido (BRASIL, 2007b). O PTS representa a resposta à clínica ampliada que é a apreensão de necessidades ampliadas.

O PTS é um plano de ação compartilhado composto por um conjunto de intervenções que seguem uma intencionalidade de cuidado integral à pessoa. Neste projeto, tratar das doenças não é menos importante, mas é apenas uma das ações que visam ao cuidado integral.

Um PTS deve ser elaborado com a pessoa, baseado em suas necessidades de saúde, não excluindo suas opiniões, seus sonhos, seu projeto de vida, portanto, exige uma interação democrática e horizontal entre trabalhador / pessoa / família.

A utilização do PTS como dispositivo de intervenção desafia a organização tradicional do processo de trabalho em saúde, pois pressupõe a necessidade de maior articulação interprofissional e a utilização das reuniões de equipe como espaço coletivo sistemático de encontro, reflexão, discussão, compartilhamento e corresponsabilização das ações com a horizontalização dos poderes e conhecimentos (BRASIL, 2007b). Portanto, ele deve superar a lógica de encaminhamento e fragmentação do cuidado.

## Unidade 3

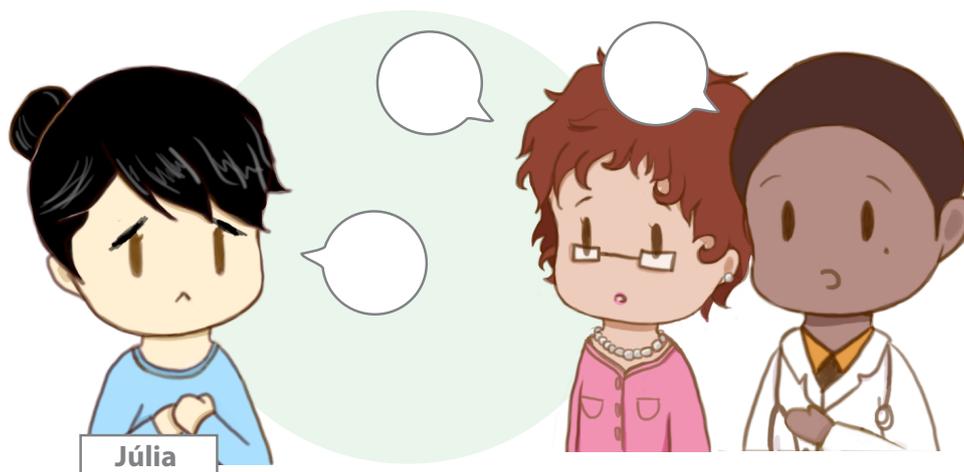
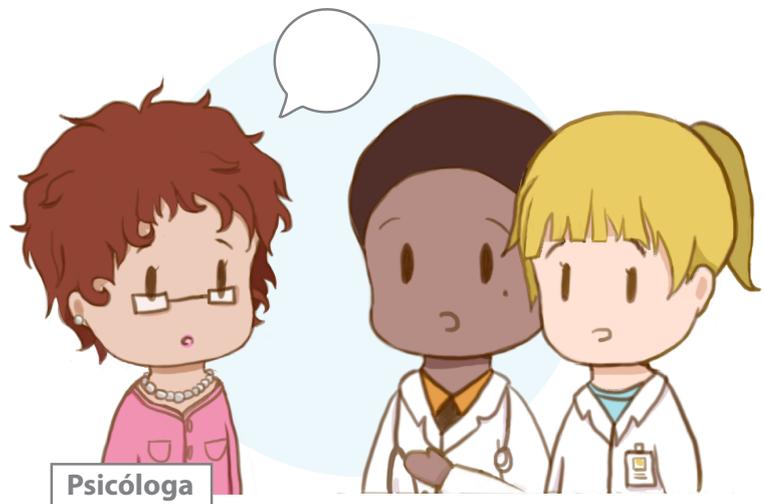
A construção de um PTS exige a presença e colaboração de sujeitos comprometidos com propostas e condutas terapêuticas articuladas, envolvendo quatro pilares: hipótese diagnóstica, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Nesse sentido, quando o assunto é Saúde Mental recomenda-se que o PTS deva ter como meta principal a inserção social por meio de ações que envolvam a pessoa, família, educação, esporte, cultura, lazer, trabalho, respeitando as necessidades e possibilidades de cada pessoa.

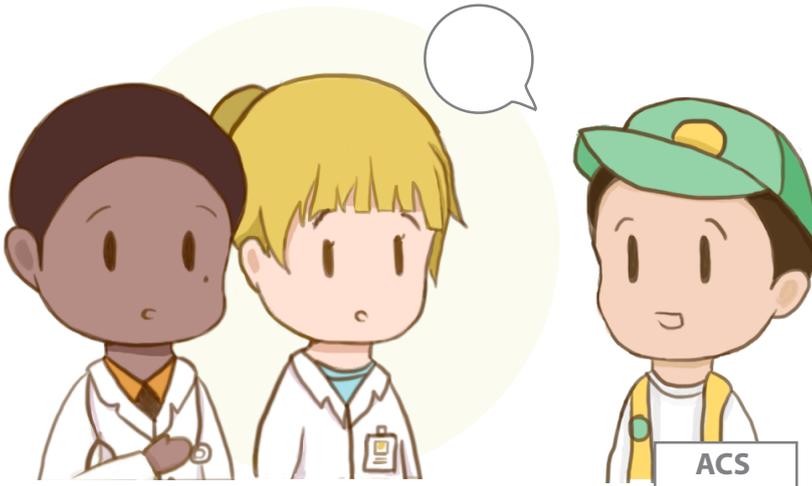


**1** Continuando a história de Júlia, o médico conversa com a enfermeira, e resolvem levar o caso para discutir com a equipe de NASF.

**2** Durante a reunião, com ajuda da psicóloga, fecham o diagnóstico que Júlia está com um quadro de depressão. Planejam realizar um atendimento conjunto entre o médico e a psicóloga para ver a necessidade de realizar psicoterapia, e de discutir com Júlia a possibilidade de voltar a fazer as atividades que gostava antes do problema com o marido.

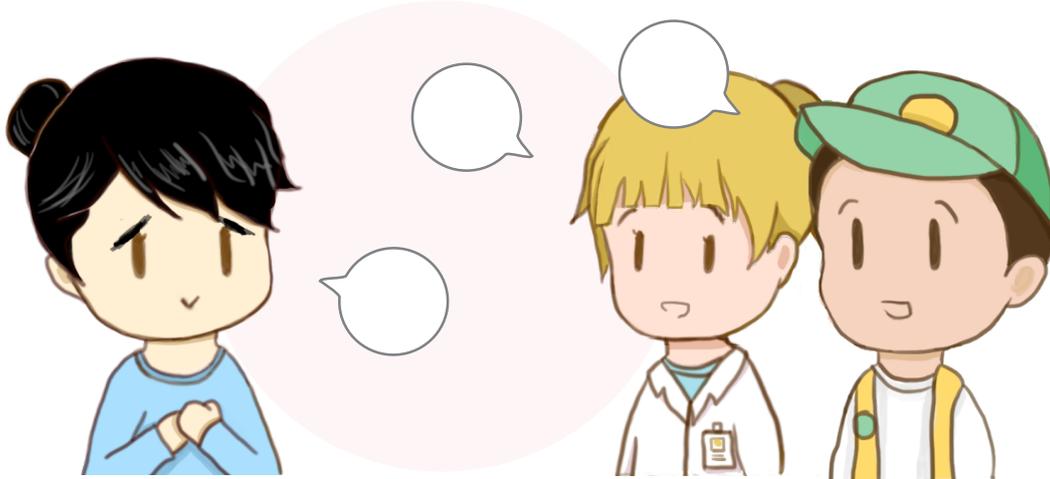
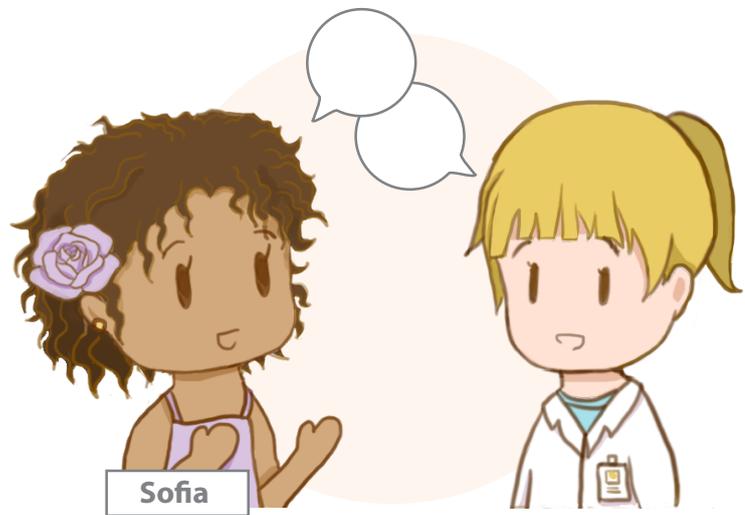


**3** Nesse novo encontro, discutem com Júlia que o luto é uma coisa necessária, que ela vai superar esse período apesar da dor, e que irão apoiá-la. Perguntam se ela gostaria de voltar a fazer parte do grupo de bordado e da academia da saúde. Júlia se mostra pensativa e responde que talvez. Eles explicam para Júlia que somente o medicamento não vai devolver-lhe a vida, e perguntam a ela se aceita a ajuda da equipe a tentar superar sem o medicamento. Júlia concorda em tentar.



4 Em nova reunião de equipe, planejam com o ACS, com a qual Júlia tem bastante vínculo, de convidá-la para voltar para a academia da saúde.

5 A enfermeira também se responsabilizou de conversar com Sofia, que é amiga de Júlia e faz parte do grupo de bordado, para convidá-la novamente a voltar para o grupo.



6 Júlia aceita retornar ao grupo e a academia de saúde. O ACS e a enfermeira acompanharão Júlia semanalmente neste período inicial, além de retorno com o médico em 30 dias. Também combinado com a equipe de realizar uma reavaliação do caso em 90 dias.

## Unidade 3

As ações descritas no PTS superam a tradicional lógica medicamentosa, com respostas baseadas no contexto, que de fato podem mudar a condição de vida de Júlia, portanto, respondem a integralidade da atenção. Além disso, o PTS também representa uma forma de coordenação do cuidado.

### SAIBA MAIS

Saiba mais sobre Clínica Ampliada e Projeto Terapêutico Singular em fazendo a leitura da cartilha do HumanizaSUS:

[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_compartilhada.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf)

## Trabalho com Grupos

A Reforma Psiquiátrica no Brasil, que foi caracterizada principalmente pelo movimento da desinstitucionalização, demonstrou a necessidade de elaboração de novas abordagens terapêuticas que vislumbrassem a dimensão psicossocial do sofrimento e que levassem em consideração a subjetividade humana e a inclusão social, por meio da cidadania e da autonomia. Nesse sentido, as atividades de grupo se mostravam com grande potencialidade para responder essas novas demandas.

Os grupos podem ter diferentes enfoques, podendo ser tanto terapêuticos como voltados para a promoção da saúde.

O **grupo terapêutico** pode potencializar as trocas por meio do diálogo, com o compartilhamento de experiências e a melhoria na adaptação ao modo de vida individual e coletiva. O grupo é entendido pelos usuários como um lugar onde ocorre o debate sobre a necessidade de ajuda de todos. Nesse tipo de grupo, no desenvolvimento das atividades, os participantes fazem questionamentos sobre as alternativas de apoio e suporte emocional.

Ao fazerem parte desses grupos, os participantes relatam: melhora nas relações sociais, nos níveis de conhecimento sobre questões discutidas no grupo, na capacidade para lidar com situações inerentes ao transtorno sofrido, na confiança, além de alívio emocional (GUANAES; JAPUR, 2001).

Nos grupos com enfoque terapêutico é fundamental a presença dos profissionais de saúde para mediar as discussões, para que o grupo de fato seja espaço de troca e ajuda mútua.

## Unidade 3

Já os **grupos de promoção da saúde**, diferentes dos grupos terapêuticos que se apoiam na discussão sobre a doença, buscam interferir nas condições e nos modos de vida das pessoas. Isso implica em entender o contexto do problema e a biografia das pessoas. Estes grupos podem ser de socialização (por exemplo rodas de chimarrão), de voluntariado (por exemplo ajuda em creches e asilos trabalhando a autoestima de pessoas que não se sentem úteis), de lazer (por exemplo grupos de dança), de geração de renda (por exemplo artesanato).

Tudo depende do contexto da comunidade e das pessoas que potencialmente poderão compor o grupo. Depende de suas necessidades. O tipo de grupo deve ser pensado a partir dessas necessidades e não a partir da oferta de grupos que a equipe de saúde dispõe ou se dispõe a fazer, portanto, devendo ser discutido com as pessoas previamente.



A equipe, conhecendo o território, pode identificar grupos que já funcionam na comunidade, bem como organizar grupos para atender as necessidades das pessoas. No caso de Júlia, já existiam os grupos de bordado e a academia da saúde. Mas, supondo que Júlia na situação descrita, relate que se sente muito sozinha, e a equipe pelo conhecimento do território, sabe que existem outras tantas pessoas na mesma condição de Júlia, pode-se propor um encontro entre essas várias pessoas que se sentem sós e conversar sobre o que gostam de fazer.

Durante a conversa, as pessoas relatam que gostam muito de dançar e a equipe propõe fazer um grupo de dança de salão. Discutem com a profissional de educação física do NASF que já havia organizado um curso de dança na comunidade. A ACS lembra que existe o salão da associação de moradores do bairro, da qual faz parte, e diz que ele é pouco utilizado e não vê problemas em conversar com o presidente sobre usar o local para os encontros. As pessoas participantes do grupo ficaram responsáveis de selecionar algumas músicas que gostam e de convidar outras pessoas para o grupo. E assim a história vai tendo outros contornos e desdobramentos, não existem protocolos. Importante frisar que o tipo de atividade do grupo foi decidido entre participantes e equipe a partir da necessidade em comum das pessoas.

Os grupos de promoção da saúde podem ao longo do tempo, serem assumidos pelos próprios membros do grupo, no sentido da autonomia, também muito importante neste processo. Porém, vale a lembrança que a participação dos membros da equipe no grupo propicia a apreensão constante de necessidades que vão se modificando ao longo do tempo, além do potencial de criação de vínculo, também extremamente importante no acompanhamento de qualquer tipo de problema de saúde.

Alguns trabalhos apontam que o pertencimento e a participação em grupos de qualquer natureza, são protetores em relação aos transtornos mentais. Portanto, os grupos de promoção da saúde não devem se restringir a participação de pessoas em sofrimento mental. Elas podem ser abertas para qualquer pessoa da comunidade.

O trabalho com grupo, além da integralidade, permite a longitudinalidade e a coordenação do cuidado.

### SAIBA MAIS

Assista a webpalestra “Saúde Mental: grupos na atenção primária à saúde” da psicóloga Mônica Duarte da Silva Gonçalves:

[https://www.youtube.com/watch?v=S9T5LX\\_8IVI](https://www.youtube.com/watch?v=S9T5LX_8IVI)

## Matriciamento

O cenário atual da Saúde Mental na Atenção Básica, com a simples renovação de receitas e os encaminhamentos para os serviços especializados, inclusive de transtornos leves, demonstra certa fragilidade das equipes da ESF em lidar com o sofrimento mental, como já discutido anteriormente.

Reconhecendo essa fragilidade, que não se restringe apenas ao campo da Saúde Mental, o Ministério da Saúde propõe que os serviços especializados ou as equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família ofereçam apoio matricial as equipes de ESF. O objetivo do apoio matricial é aumentar a resolubilidade das equipes de Saúde da Família e não de “resolver” por meio de encaminhamentos.

Com este apoio, os encaminhamentos dão espaço aos desenhos de projetos terapêuticos discutidos e executados por um número maior de trabalhadores, o que pode se dar através da discussão de casos clínicos, intervenções e atendimentos conjuntos, atividades educativas e de educação permanente, oferecendo retaguarda assistencial, suporte técnico e apoio pedagógico (BRASIL, 2014).



No caso de Júlia, tivemos um exemplo de discussão de caso com construção de um PTS, portanto, apoio matricial. Além disso, o atendimento conjunto entre o médico e a psicóloga também foi uma forma de matriciamento, pois a partir de uma dificuldade inicial do médico e da enfermeira, a ajuda da psicologia ajudou a equipe no manejo de um caso de luto, tristeza e depressão de forma conjunta. O encaminhamento não geraria aprendizado para a equipe. A discussão de caso e o atendimento conjunto ajudam os profissionais da ESF a futuramente lidar melhor com o manejo de casos semelhantes. Além disso, o que poderia ter sido proposto pela equipe a partir da fragilidade dos profissionais em lidar com o luto, seria uma atividade de educação permanente de como realizar a abordagem e apoio nestes casos, ou ainda, de como conduzir um grupo terapêutico. Todas essas ações tornam a equipe mais resolutiva e a ESF de fato se torna a referência para as pessoas.

Ao aumentar a capacidade das equipes de Saúde da Família em lidar com o sofrimento psíquico e integrá-las com os demais pontos da rede assistencial, o apoio matricial possibilita que a prevenção e o tratamento dos transtornos mentais, assim como a promoção da saúde e reabilitação psicossocial, aconteçam a partir da Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2010a).

### SAIBA MAIS

Dois documentos do Ministério da Saúde são importantes ferramentas que as equipes de Atenção Básica podem usar para embasar suas ações em saúde mental:

1. O Guia de Matriciamento em Saúde Mental apresenta instrumentos do processo de matriciamento na atenção básica, sugere e aprofunda as possibilidades de intervenções que discutimos nesta unidade.

Acesse: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_matriciamento\\_saudemental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf)

2. O Caderno de Atenção Básica nº 34 sobre Saúde mental define os conceitos de cuidado, sofrimento, pessoa e território em saúde mental, apresenta a “cartografia” como uma possibilidade de abordagem à família e também discute as situações comuns de saúde mental na Atenção Básica.

Acesse: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_34.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf)

Porém, há casos que de fato necessitam de encaminhamento para os serviços especializados. Apesar da definição da responsabilidade da Atenção Básica sobre os transtornos leves e moderados, na prática essa definição não é precisa e permanece a dúvida de quais usuários devem ser atendidos na APS e quais devem ter acompanhamento de equipe especializada.

Ainda que as pessoas necessitem de uma atenção no serviço especializado, a Atenção Básica mantém a responsabilidade sobre o cuidado e deve se articular com os demais serviços de saúde buscando garantir a vinculação do usuário e a resolução de suas necessidades.

Na próxima unidade veremos algumas possibilidades de desenvolvimento de atenção compartilhada e do trabalho em rede.

# CONCLUSÃO

---

Nesta unidade conhecemos algumas maneiras de organizar o processo de trabalho na ABS para atender as demandas de Saúde Mental. Também vimos a importância do trabalho multiprofissional e em rede para um cuidado qualificado em Saúde Mental.

Na próxima unidade veremos algumas possibilidades de desenvolvimento de atenção compartilhada e do trabalho em rede, considerando que há casos que necessitam de atendimento especializado. Também conheceremos como a ABS se insere nessa rede e suas responsabilidades.

