



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
NÚCLEO TELESSAÚDE SANTA CATARINA**

SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Florianópolis – SC
UFSC
2017

GOVERNO FEDERAL

Presidência da República

Ministério da Saúde

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)

Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)

Coordenação Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde

GOVERNO ESTADUAL DE SANTA CATARINA

Governo do Estado

Secretaria de Estado da Saúde

Superintendência de Planejamento e Gestão

Diretoria de Planejamento, Controle e Avaliação do SUS

Gerência de Coordenação da Atenção Básica

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitoria

Pró-Reitoria de Pesquisa

Pró-Reitoria de Extensão

Centro de Ciências da Saúde

Departamento de Saúde Pública

NÚCLEO TELESSAÚDE SANTA CATARINA

Coordenação Geral: Maria Cristina Marino Calvo

Coordenação de Teleeducação: Josimari Telino de Lacerda

EQUIPE TELE-EDUCAÇÃO

Elis Roberta Monteiro

Josimari Telino de Lacerda

Luise Ludke Dolny

AUTORES

Luana Gabriele Nilson

Luise Lüdke Dolny

Marceli Maria Rissi

Marcos Aurélio Maeyama

Marlon Alexandro Steffens Orth

REVISORES

Elis Roberta Monteiro

Josimari Telino de Lacerda

Luise Lüdke Dolny

Luiz Roberto Agea Cutolo

© 2017 todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.
Edição, distribuição e informações:
Universidade Federal de Santa Catarina
Núcleo Telessaúde Santa Catarina
Campus Universitário, 88040-900, Bairro Trindade, Florianópolis – SC
Disponível em: telessaude.sc.gov.br

CATALOGAÇÃO NA FONTE PELA BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

S255 Saúde mental na atenção básica / autores, Marcos Aurélio Maeyama... [et al.]. - Florianópolis : UFSC, 2016.
51 p., il., gráfs., tabs., plantas

1. Atenção primária à saúde. 2. Saúde mental.
I. Dolny, Luise Lüdke. II. Nilson, Luana Gabriele. III. Rissi, Marceli Maria. IV. Orth, Marlon Alexandro Steffens. V. Título.

CDU: 614:35

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

Coordenação Geral da Equipe: Josimari Telino de Lacerda
Coordenação de Produção: Luise Ludke Dolny, Elis Roberta Monteiro
Design Gráfico: Catarina Saad Henriques
Ilustrações: Catarina Saad Henriques
Design de Capa: Catarina Saad Henriques e Vanessa de Luca

CURRÍCULO DOS AUTORES

Luana Gabriele Nilson

Enfermeira, Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Mestra em Saúde Coletiva e Especialista em Saúde da Família pela UFSC.

Luise Lüdke Dolny

Psicóloga, Doutoranda em Saúde Pública pela UFSC (2014), Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho (2009), especialista em Educação a Distância (2012).

Marceli Maria Rissi

Médica da Atenção Básica do município de Xaxim/SC.

Marcos Aurélio Maeyama

Doutor em Saúde Coletiva pela UFSC. Trabalha como professor na UNIVALI, no curso de Medicina na disciplina de Medicina de Família e trabalha como consultor no Núcleo de Telessaúde de Santa Catarina.

Marlon Alexandro Steffens Orth

Graduado em Medicina pela Universidade do Vale do Itajaí (2015), atualmente é médico contratado do Fundo Municipal de Saúde de São João do Oeste/SC.

SUMÁRIO

Apresentação do curso.....	7
Unidade 1 - O contexto da Saúde Mental na Atenção Básica	10
Unidade 2 - O cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica.....	18
Unidade 3 - Estratégias para implementação do Cuidado Integral em Saúde Mental.....	25
Unidade 4 - Trabalho em redes e Saúde Mental.....	38

APRESENTAÇÃO DO CURSO

Prezados alunos, sejam bem vindos ao curso:

Saúde Mental na Atenção Básica!

O Brasil, assim como outros países no mundo, vivencia na última década um aumento na incidência de transtornos mentais como depressão, ansiedade e somatização.

As equipes de Atenção Básica, como porta de entrada do Sistema Único de Saúde, devem estar preparadas para acolher e manejar estes casos na perspectiva do modelo de atenção pautado na integralidade.

O Ministério da Saúde vem incentivando e publicando diversos materiais sobre o cuidado em saúde mental na Atenção Básica e orientado o cuidado compartilhado em rede.

A partir destas diretrizes e orientações, os objetivos deste minicurso são:

- **Problematizar** a prática biomédica que se estabeleceu nos serviços de saúde no campo da saúde mental, que se expressa com a simples repetição de renovação da prescrição medicamentosa;
- **Revisar** os atributos da Atenção Básica à Saúde e correlacioná-los com o cuidado em saúde mental;
- **Discutir** a organização do processo de trabalho das equipes de ESF para atender as necessidades das pessoas com sofrimento mental;
- **Conhecer** as possibilidades de cuidado compartilhado por meio da Rede de Atenção Psicossocial em Santa Catarina e como a Atenção Básica faz parte dela.

Os conteúdos elaborados para atingir esses objetivos estão divididos em quatro Unidades de Aprendizagem, conforme tabela abaixo:

UNIDADE 1	O contexto da Saúde Mental na Atenção Básica
UNIDADE 2	O cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica
UNIDADE 3	Estratégias para implementação do Cuidado Integral em Saúde Mental
UNIDADE 4	Trabalho em Redes e Saúde Mental

Ao longo do texto foram utilizados marcadores para facilitar a compreensão dos temas propostos:



Palavras do Professor: Dicas do professor a respeito do tema.



Saiba mais: Indicações de outras fontes de informação sobre o assunto, como livros, trabalhos científicos, sites e outros materiais, para aprofundamento do conteúdo;



Para refletir: Perguntas disparadoras realizadas ao longo do texto para promover a reflexão sobre o seu cotidiano de trabalho. Aproveite estas questões para refletir sobre os temas durante as reuniões de equipe.

Desejamos à todos um bom curso!

Unidade 1

O contexto da Saúde Mental na Atenção Básica

Autores:

Marcos Aurélio Maeyama

Marceli Maria Rissi

Marlon Alexandro Steffens Orth

O contexto da Saúde Mental na Atenção Básica

OBJETIVO DE APRENDIZAGEM

Problematizar a prática biomédica que se estabeleceu nos serviços de saúde no campo da saúde mental, que se expressa com a simples repetição de renovação da prescrição medicamentosa.

Por que discutir o campo da Saúde Mental na Atenção Básica?

Segundo a Organização Mundial da Saúde, existem atualmente cerca de 700 milhões de pessoas que sofrem de transtornos mentais ou neurobiológicos. Este número vem crescendo constantemente nas últimas décadas e, contudo, estas perturbações mentais ou problemas psicossociais não recebem a mesma atenção dada a outros problemas de saúde (OMS, 2013).

A exemplo do que acontece no mundo inteiro, no Brasil os transtornos mentais mais frequentes estão relacionados com a depressão, ansiedade e somatização (as chamadas queixas físicas sem explicação médica) (BRASIL, 2013).

Outros estudos mostram que se incluirmos também aqueles que têm um sofrimento mental pouco abaixo do limiar diagnóstico, a proporção chega a uma pessoa em sofrimento a cada duas pessoas que procuram a Atenção Básica (FORTES, 2008).



- Mas quem deve tratar os pacientes com sofrimento mental?

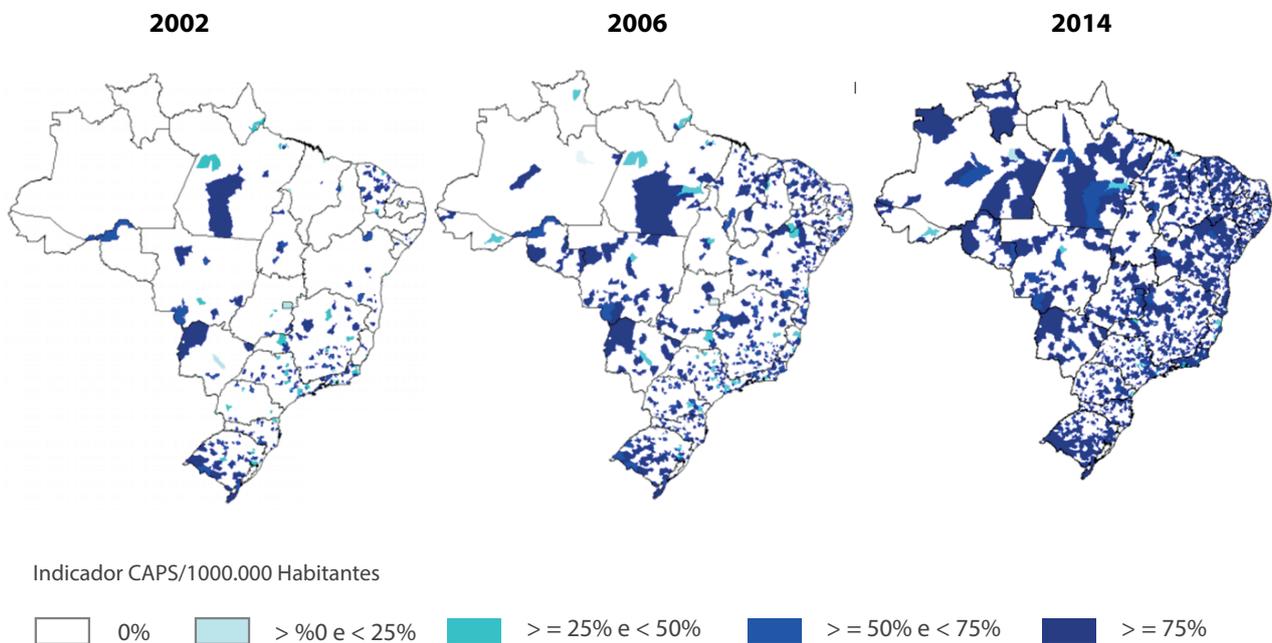
Desde a década de 1970, iniciou-se um movimento que ficou conhecido como Reforma Psiquiátrica, que diante dos resultados insatisfatórios nos tratamentos de pessoas em sofrimento mental, que eram realizados em manicômios com isolamento social, buscava uma alternativa de reabilitação do indivíduo dentro do seu próprio contexto, ou seja, buscando a sua reinserção social.

O objetivo, portanto, era a desinstitucionalização do “doente mental” e para tanto foram criados serviços substitutivos aos manicômios. Dentre outras alternativas, foram criados os chamados **Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**, que segundo a portaria que o regulamenta é responsável pela condução dos casos severos e persistentes, ficando os casos leves e moderados sob responsabilidade da Atenção Básica, onde se encaixam grande parte dos casos de tristeza, depressão e ansiedade.

Unidade 1

Veja na figura abaixo a evolução da cobertura de CAPS no Brasil de 2002 a 2014.

Figura 1. Evolução do Indicador de Cobertura de CAPS/100 mil habitantes (Brasil, dez/2002, dez/2006 e dez/2014)



Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, 2015).



- De fato a Atenção Básica tem assumido muitos desses casos. Mas como esses casos têm sido conduzidos? Que modelo de atenção tem sido ofertado para as pessoas com sofrimento mental? Reflita no seu cotidiano de trabalho e identifique de que formas você e sua equipe realizam o cuidado à Saúde Mental.

O Brasil, especialmente a partir da década de 1960, começa a adotar um modelo de atenção à saúde baseado na assistência médica, representada na época pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que em resumo, oferecia consultas, exames, hospitalizações e procedimentos cirúrgicos para os que contribuíam para a previdência. Esse modelo de atenção à saúde responde ao que chamamos de **Modelo Biomédico**.

Unidade 1

O Modelo Biomédico ao longo dos anos tornou-se hegemônico nos serviços de saúde do Brasil, tanto no setor público quanto no privado. Como podemos notar pelo tipo de oferta de serviços, ele é totalmente voltado para a doença, cujo objetivo é a cura desta.

Mesmo se tornando hegemônico, ao longo do tempo governos, gestores e profissionais de saúde foram constatando que o modelo voltado somente para a cura não se mostrava capaz de melhorar de forma satisfatória os indicadores de saúde, especialmente os de morbidade, uma vez que os serviços de saúde só passam a realizar suas ações depois que as pessoas já adoeceram, e muitas vezes a procura pelo serviço de saúde somente ocorre em fases avançadas dos problemas, interferindo também na mortalidade.

Outra característica bastante importante do modelo biomédico é a forma biológica de **entender o processo saúde-doença**. A explicação e a atenção se voltam estritamente para o corpo humano, dividido em sistemas e órgãos, daí a origem da fragmentação da assistência e da superespecialização da saúde. Esse jeito de ver o processo saúde-doença, não só fragmenta o corpo humano, como deixa de considerar o ser humano.

Na lógica do modelo biomédico, os transtornos mentais se tornam desarranjos biológicos do humor e a forma tradicional de responder a isso é o uso de medicamentos que controlam esse processo. Nessa lógica, toda ansiedade se trata com ansiolítico, toda tristeza e depressão com antidepressivo. Essa forma de trabalhar foi e é sustentada pela formação na área da saúde que historicamente privilegiou esse jeito de entender o processo saúde-doença, trabalhando com protocolos clínicos rígidos de diagnósticos e condutas.

Desta forma, apesar do diagnóstico nosológico, classificar as pessoas como portadoras de uma mesma doença (por exemplo ansiedade e depressão), a causalidade, ou em outras palavras, o que determinou o aparecimento destes problemas, advém de uma infinidade de possibilidades não regulares, dependentes da história individual de cada pessoa (HERNÁEZ, 2010).

Com o passar dos anos como consequência dessa prática, surgiram dois fenômenos que expressam o “porquê” da hegemonia deste modelo: a **medicalização** e a **medicamentalização**.

A **Medicalização** da vida pode ser entendida como a crescente e elevada dependência dos indivíduos e da sociedade para com a oferta de serviços e bens de ordem médico-assistencial e seu consumo cada vez mais intensivo (BARROS, 1984). Uma das expressões desse fenômeno pode ser evidenciada com os processos de naturalização das aflições humanas e sua reorganização em doenças (HERNÁEZ, 2010), a patologização da vida.

Por conseguinte, as situações da vida cotidiana como angústia, mal-estar ou dificuldades, outrora compreendidas como parte da complexidade e singularidade do ser humano, passam a ser consideradas doenças ou transtornos diagnosticáveis e, conseqüentemente, “medicamentalizados”, com o intuito de proporcionar a cura (AMARANTE, 2007).

Unidade 1

O termo **medicamentação** tem sido utilizado para descrever o uso não médico (e médico) de produtos medicinais para tratar problemas ou situações da vida, os quais não requeriam “tratamento farmacológico”, como por exemplo: envelhecimento, distúrbios do sono e alimentares, e perda da libido (NGOUNDO-MBONGUE et al, 2005).

A literatura aponta que o fenômeno da medicamentação torna-se mais evidente no campo da saúde mental. Observa-se **indicação abusiva de medicamentos para sofrimentos psíquicos** que, muitas vezes, estão relacionados a problemas sociais e econômicos, para os quais o paciente não encontra solução e acaba por acreditar na potência mágica dos medicamentos, aliada ainda a incapacidade do profissional de saúde em lidar com essa dimensão do problema. Sendo assim, o que se constata nos serviços de saúde mental é uma terapêutica reduzida a psicotrópicos, com frágil comunicação entre profissionais e usuários.

SAIBA MAIS

Assista a webpalestra “A Saúde Mental além dos Psicofármacos”, do médico de família Bruno Tannus e veja as possibilidades de melhorar a compreensão e a abordagem dos problemas de saúde mental na Atenção Básica:

<https://www.youtube.com/watch?v=mypAxZyj0z0&t=202s>

Muitas vezes as pessoas procuram os profissionais de saúde já com o pensamento de utilizar o medicamento, e muitos profissionais encontram dificuldade de negar a prescrição, mesmo quando não acham necessário. O fato é que os pacientes estão em busca de uma solução para os seus problemas, sejam eles uma depressão grave ou mesmo um estado de tristeza, angústia ou mal-estar. **Todos eles merecem atenção e resposta da equipe.** E o pedido pela medicação também vem do processo histórico de como o serviço sempre lidou com estes problemas.

Como mudar esse contexto?



A população foi educada a receber medicamentos. Uma nova prática que responda as reais necessidades das pessoas também passa a ser educativa para a população.

Vejamos um exemplo de uma prática rotineira em saúde mental.

Uma senhora de aproximadamente 50 anos se consulta com o médico da Unidade de Saúde de seu bairro e, depois que o clínico pede para contar o que lhe ocorre, ela responde com pesar:



Doutor! Não encontro sentido para minha vida desde que o meu marido morreu...

Minha filha já é maior de idade e quer viver sozinha, minha mãe morreu há alguns anos, e agora com a morte do meu marido, sinto que meu mundo está desabando...



Me sinto inútil porque sempre me dediquei à família, mas agora meus esforços parecem infrutíferos.

Enquanto a paciente continua com sua narrativa, o clínico rabisca em seu papel: "Sentimento de desesperança".



A senhora se sente cansada pela manhã?

Perdeu peso ultimamente?



A senhora parece não compreender o objetivo dessas questões, mas continua falando de seus problemas cotidianos.



Ocorreram ideias de suicídio?

Pode dormir bem à noite?



Desde quando a senhora tem essas sensações?



Ela conta que não aceita o suicídio porque este é contrário à fé católica e, quanto ao sono, reconhece que faz tempo que está perturbada pela quantidade de recordações e incertezas que, durante a noite, invadem sua mente.



ZZZ

A sessão finaliza com uma indicação de tratamento psicofarmacológico – antidepressivos – por parte do médico, e com uma frase da paciente:



Mas essas pílulas não vão fazer parar o que eu tenho...

FIM

Unidade 1

Esta prática estritamente medicalizante na saúde mental não produz a autonomia dos sujeitos, pois atua apenas na consequência do problema (sinais e sintomas), sem de fato trabalhar a sua causa, gerando desta forma dependência dos medicamentos e dos serviços de saúde, e aumentando exponencialmente a demanda em saúde mental (DILDA, 2013).

Embora seja necessário realizar o diagnóstico de uma possível doença, que se dá classicamente pela busca de sinais e sintomas, o contexto é que aponta tanto a causa do problema quanto suas possíveis soluções na busca da cura e autonomia das pessoas.

O medicamento, por vezes necessário, deve ser prescrito com parcimônia e indicação correta, auxiliando de forma temporária a recuperação do paciente. Não se trata de negar o uso destes medicamentos, que quando bem indicados são de fundamental importância para o tratamento, apenas não devem ser a única forma de responder ao problema, pois assim, se tornam de uso contínuo.

A história da senhora que procura o médico nos revela uma infinidade de situações que envolvem a tristeza, a solidão, a baixa autoestima, mas por outro lado também nos demonstra a fé, o desejo de conversar e a busca de uma solução para a angústia. São diversas as situações que deixaram de ser exploradas e que nos impedem de conhecer mais sobre os problemas e sobre as pessoas, e é neste ponto que algumas soluções podem ser pensadas. Sem entender o contexto do problema, a única solução para o caso é a medicação.



A superação dessa limitação implica em um olhar ampliado para o processo de saúde e adoecimento que considere o contexto das pessoas, e que, portanto, envolve além do biológico, como o emocional, a família, o ambiente, e o social. Esse novo olhar é o que chamamos de integralidade, o princípio orientador de todas as práticas do nosso sistema de saúde, que será discutido na próxima unidade de aprendizagem.

O conhecimento da biografia de cada pessoa implica em tentarmos identificar o que tem causado esse estado (de depressão ou ansiedade por exemplo), o que torna cada caso singular e exige, portanto, respostas singulares para cada pessoa. E aqui está o sentido de reinserção.

SAIBA MAIS

A **Gestão Autônoma da Medicação (GAM)** propõe uma metodologia de ampliação de direitos, baseada na problematização, para ampliação de conhecimento sobre efeitos desejados e indesejados dos psicotrópicos, gerando co-participação entre usuários, familiares e trabalhadores, emancipação e ampliação da cidadania. Assista a webpalestra “Gestão Autônoma da Medicação (GAM)” da palestrante Marly Denise Wuerges Aquino e reflita sobre o uso dos psicotrópicos:

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

CONCLUSÃO

Refletimos nesta unidade a prática hegemônica na abordagem aos pacientes com problemas de saúde mental, sua limitação e necessária superação. Nas próximas unidades faremos uma revisão dos atributos da Atenção Básica e identificaremos como eles podem nos orientar no cuidado em saúde mental a partir do modelo baseado na integralidade.



Unidade 2

O cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica

Autores:

Marcos Aurélio Maeyama

Marceli Maria Rissi

Marlon Alexandro Steffens Orth

O cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica

OBJETIVO DE APRENDIZAGEM

Revisar os atributos da APS e correlacionar com o cuidado em saúde mental.

Que Atenção Básica queremos?

Apesar da Atenção Básica ter iniciado há mais de 20 anos no Brasil, e ter uma política que a regulamenta com diretrizes sobre sua organização, o que temos visto Brasil afora é uma diversidade de formas de implementação das equipes. Uma pesquisa realizada por Gêrvas e Fernández (2011) em 19 estados do Brasil, demonstrou a persistência de uma “visão vertical” de programas e protocolos que compartimentam a prática clínica, repercutindo um modelo rígido e fragmentado na área, com elevado número de encaminhamentos, permanecendo um modelo centrado na doença, ainda com baixa resolubilidade e baixa responsabilização.



Para que de fato a Atenção Básica seja resolutiva e de qualidade, não basta implantar uma equipe próxima onde as pessoas vivem. Isso por si não muda modelo e não garante um bom resultado sanitário. Conversaremos a partir de agora sobre como as equipes de Atenção

Básica podem atuar para garantir bons resultados.

A Atenção Primária em Saúde (APS) é reconhecidamente um componente-chave dos sistemas de saúde. Esse reconhecimento fundamenta-se nas evidências de seu impacto na saúde e no desenvolvimento da população nos países que a adotaram como base para seus sistemas de saúde: melhores indicadores de saúde, maior eficiência no fluxo dos usuários dentro do sistema, tratamento mais efetivo de condições crônicas, maior eficiência do cuidado, maior utilização de práticas preventivas, maior satisfação dos usuários e diminuição das iniquidades sobre o acesso aos serviços e o estado geral de saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A Atenção Básica deriva das discussões ocorridas na década de 1970 que sistematizaram a Atenção Primária à Saúde como eixo estruturante de sistemas de saúde. A designação Atenção Básica, tomada pelo governo brasileiro, objetiva contrapor-se a proposta político-ideológica da Atenção Primária Seletiva destinada às populações pobres, adotada por muitos países do terceiro mundo, e busca resgatar o caráter universalista da Declaração de Alma-Ata enfatizando o papel de reorientação do modelo assistencial para

Unidade 2

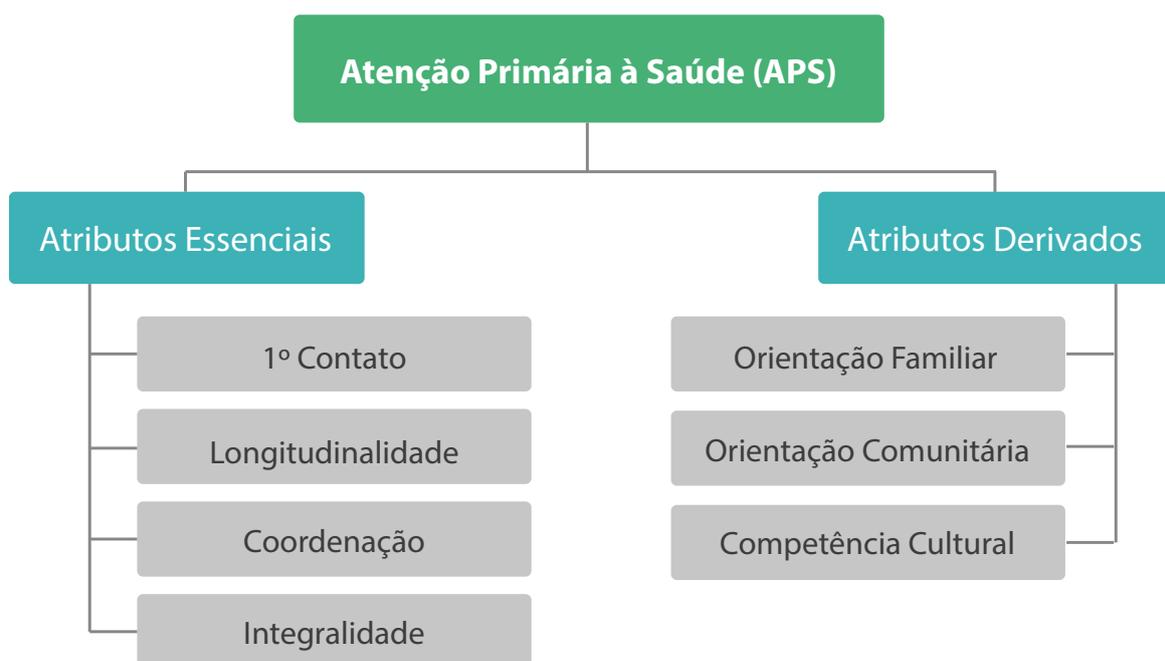
um sistema universal e integrado de atenção à saúde (MENDES, 2012). Trata-se, portanto, de uma Atenção Primária à Saúde Abrangente.

A **Política Nacional de Atenção Básica** define: A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012).

Fica claro que a Atenção Básica se contrapõe ao modelo biomédico, porém, na prática, desde a sua implantação com o Programa de Saúde da Família em 1994, hoje Estratégia Saúde da Família, mesmo melhorando e facilitando o acesso da população, como demonstrou a pesquisa citada anteriormente, as equipes de saúde da família ainda permanecem focadas na atenção curativa, ainda que as diretrizes apontem a integralidade como eixo das práticas de saúde.

A americana Bárbara Starfield, buscando identificar os elementos fundamentais para que de fato a APS apresentasse uma atenção que respondesse as necessidades das populações, realizou um estudo a partir de várias experiências em diversos países que implementaram a APS nos seus sistemas de saúde e elencou os atributos essenciais e derivados da APS, como podemos ver na figura abaixo (STARFIELD, 2002; OPAS, 2007):

Figura 3. Atributos da Atenção Primária à Saúde



Fonte: Starfield, 1992.

Unidade 2

Esta APS ou Atenção Básica que desenvolve tais atributos é capaz de resolver até 85% de todos os problemas, inclusive os de saúde mental.

1º Contato

O **primeiro contato**, mais do que a porta de entrada do sistema, significa que ela deve ser a porta preferencial do sistema. Para que ela seja preferencial para as pessoas, a Atenção Básica deve respeitar o princípio da **universalidade**, e mais do que isso, ela deve ser acessível e acolhedora (CUTOLO, 2009).

Universalidade: A universalidade pressupõe a garantia do direito ao acesso as ações e serviços, conforme estabelece a constituição (BRASIL, 1988).

Ser acessível significa que a pessoa deve conseguir obter facilmente os cuidados sempre que necessário (BRASIL, 2012), seja num acompanhamento de rotina, seja numa situação de urgência.

Além de facilitar o acesso, este deve se dar de forma acolhedora, o que implica em um atendimento humanizado, e garantia de uma escuta qualificada com o compromisso de atender as necessidades expressas pelo usuário (MERHY, 1997), o que nem sempre se resume a uma consulta médica ou atendimento da unidade, e ainda considerar que nem sempre a pessoa consegue verbalizar sua real necessidade.



As pessoas em sofrimento mental geralmente se apresentam em um grau maior de vulnerabilidade. Nesse sentido, a facilitação do acesso e o acolhimento são fundamentais para que a equipe se torne a referência e a preferência para estas pessoas. No acolhimento, um cuidado que a equipe deve ter é de não fazer um julgamento a partir de uma crença pessoal do profissional. O que é importante para uma pessoa, pode não ser para outra. O acolhimento pressupõe uma valorização da queixa do paciente, especialmente quando diz respeito às questões emocionais. Independente da pessoa apresentar ou não uma doença classificada no Código Internacional de Doenças (CID-10), ela deve ser acolhida e receber uma resposta para a queixa ou problema apresentado.

Ao se tornar referência para a busca de resposta para as suas necessidades, a equipe tem condições de garantir a continuidade das ações a serem realizadas, é a **longitudinalidade do cuidado** (CUTOLO, 2009).

Longitudinalidade

A **longitudinalidade** pressupõe a responsabilidade da equipe perante as pessoas e comunidade de sua área ao longo do tempo e de forma permanente, independente de problemas específicos ou do tipo do problema e, até mesmo, da ausência de problemas (BRASIL, 2012).

Com o passar do tempo, os profissionais e as pessoas da comunidade passam a se conhecer melhor, gerando uma relação sustentada pelo vínculo, que pressupõe confiança e conhecimento, na qual os valores e preferências das pessoas são levados em consideração (STARFIELD, 2002). Isso na prática significa que o profissional tem condições de responder muito melhor as necessidades das pessoas.



No campo da saúde mental, a longitudinalidade permite conhecer a biografia das pessoas, o que permite realizar ações de promoção da saúde e prevenção, mas também implica em se responsabilizar por elas, por suas angústias e sofrimentos, o que significa realizar acompanhamento para os casos agudos ou crônicos, considerando sempre o contexto em que os problemas acontecem. Entender o contexto dos problemas nos remete a outro atributo, a integralidade.

Integralidade

A **integralidade** é um dos pilares da construção do SUS e possui várias dimensões: o sentido mais imediato é atender as necessidades do outro (CECÍLIO, 2001). As necessidades são do "outro", portanto, quem deve atribuir o que é necessidade é o "outro", e não o profissional de saúde como comumente fazemos nas unidades de saúde.

Estas necessidades devem ser vistas dentro de um contexto ampliado de ver e conceber o processo saúde-doença, que considere a partir da determinação social, a interferência do condicionante ecológico-ambiental e do desencadeador biológico (MAEYAMA; CUTOLO, 2010).

Apreender estas necessidades implica em superação da clínica tradicional reducionista para uma clínica ampliada que considere a singularidade das pessoas e o contexto (CUNHA, 2005). A apreensão de necessidades ampliadas só é possível a partir de uma prática que permita que as pessoas possam, de fato, falar sobre seu problema. O tipo de pergunta que o profissional faz para seus pacientes determina a abrangência do que se pode saber sobre o problema.

Unidade 2

Buscar por sinais e sintomas, permite fazer um diagnóstico de doença e a necessidade que se apresenta quase sempre é medicamentosa. Entender o contexto em que a doença ocorre, permite identificar a causa do problema, e com ela, outras necessidades se apresentam.

A apreensão ampliada de necessidades exige respostas igualmente ampliadas, que superam a exclusividade da clínica (recuperação e reabilitação), considerando também a prevenção e a promoção da saúde (MAEYAMA; CUTOLO, 2010).

Esse conjunto de ações faz com que todos os profissionais sejam devidamente reconhecidos, portanto, agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, enfermeiros, dentistas, técnicos de saúde bucal, médicos e equipe de NASF, sejam igualmente importantes. Mas mais do que a diversidade, a integração entre os profissionais é fundamental, portanto, exige trabalho em equipe.

Além disso, os problemas de saúde têm relação direta com as condições de vida das pessoas, portanto, exige também abordagem intersetorial, pois só os serviços de saúde não terão a potência de interferir positivamente nas causas dos problemas (CUTOLO, 2006).



Na saúde mental, a integralidade pede a superação da clínica tradicional que trabalha na lógica sinais-sintomas / diagnóstico / tratamento medicamentoso, para uma clínica que identifique o “por que” do sofrimento mental, singularizando a pessoa e o seu problema. Não se trata de uma depressão ou de uma ansiedade, mas sim de uma pessoa que está com depressão ou uma pessoa que está ansiosa. E as respostas devem considerar todo o arsenal possível e necessário para cada caso, incluindo desde medicamentos (quando necessário), conversas, psicoterapia, atividades ou ações que interfiram na causa do problema, que por vezes necessitam de trabalho de grupo, interdisciplinar ou intersetorial.

Na integralidade a orientação comunitária, a centralidade na família e a competência cultural já estão garantidas, uma vez que as práticas são desenvolvidas a partir das necessidades expressas e do contexto as quais elas estão inseridas, ou seja, considera território, cultura e família.

Coordenação do cuidado

Já a **coordenação** do cuidado é a organização dos atributos da Atenção Primária. É uma gestão do processo de trabalho da equipe que otimiza os demais atributos, que dinamiza os fluxos, que acompanha, que encaminha, que produz ações integradas, que acolhe e promove resolubilidade (CUTOLO, 2009).

Coordenar o cuidado tem ainda o sentido de se responsabilizar pelas necessidades que cada caso exige. Implica no reconhecimento de que muitos problemas requerem seguimento constante dentro da rede de atenção, seja no domicílio, na unidade básica de saúde ou em outros serviços, e cabe à equipe garantir o melhor cuidado possível, seja por meio de processo educativo, encaminhamento seguro, atenção compartilhada, atenção individual ou trabalho com grupos.

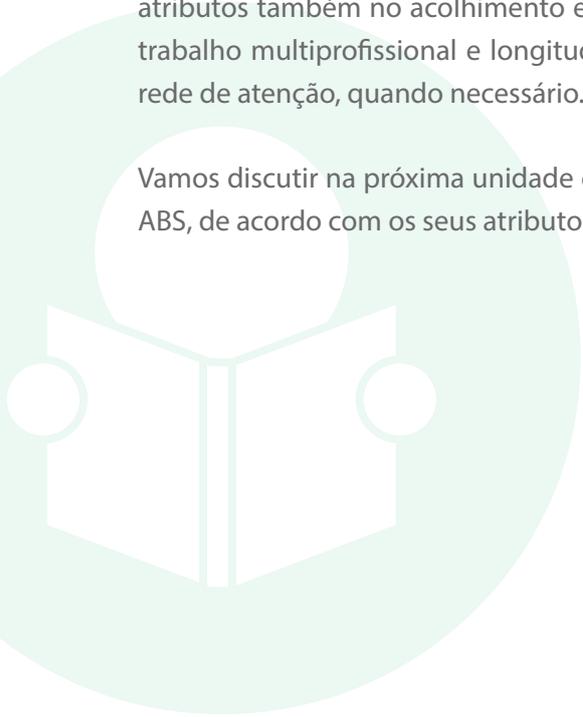
Quanto maior o grau de implementação destes atributos, melhores serão os resultados sanitários, e desta forma, para uma APS abrangente e de qualidade, a operacionalização integral dos atributos em qualquer prática de saúde neste nível de atenção, incluindo a Saúde Mental, é condição sine qua non (STARFIELD, 2002).

CONCLUSÃO

Nesta unidade de aprendizagem, revisamos os atributos da APS e os correlacionamos com o cuidado em saúde mental.

É importante que você, profissional atuante na ABS, reflita sobre formas de garantir a prática destes atributos também no acolhimento e cuidado integral às pessoas em sofrimento mental, realizando um trabalho multiprofissional e longitudinal e assumindo a responsabilidade por coordenar o cuidado na rede de atenção, quando necessário.

Vamos discutir na próxima unidade como organizar este cuidado às pessoas com sofrimento mental na ABS, de acordo com os seus atributos.



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.

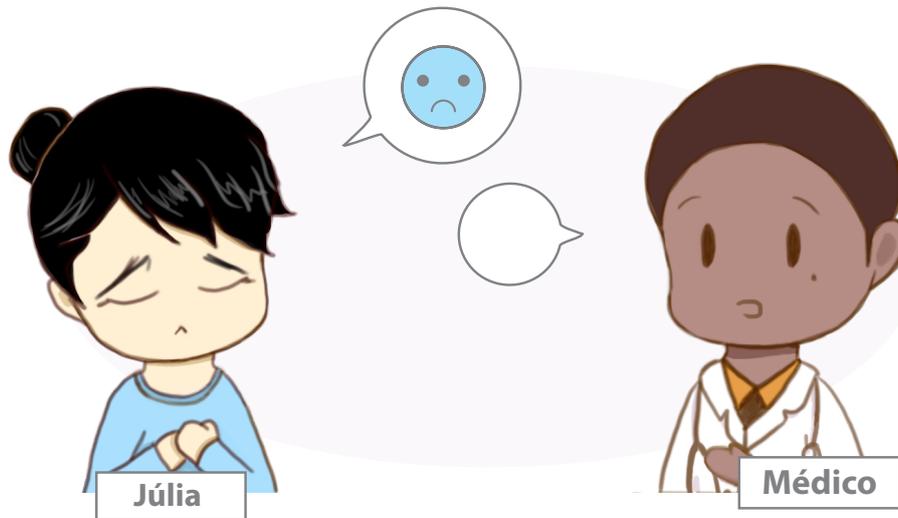
Promoção da Saúde: A promoção de saúde pressupõe uma concepção que não restrinja a saúde à ausência de doença, mas que seja capaz de atuar sobre seus determinantes que são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Esta concepção implica potencializar formas mais amplas de intervir em 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

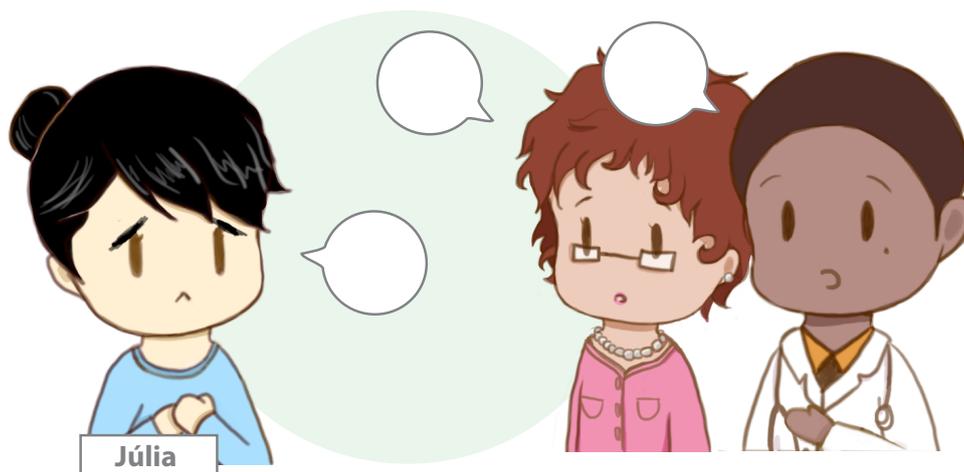
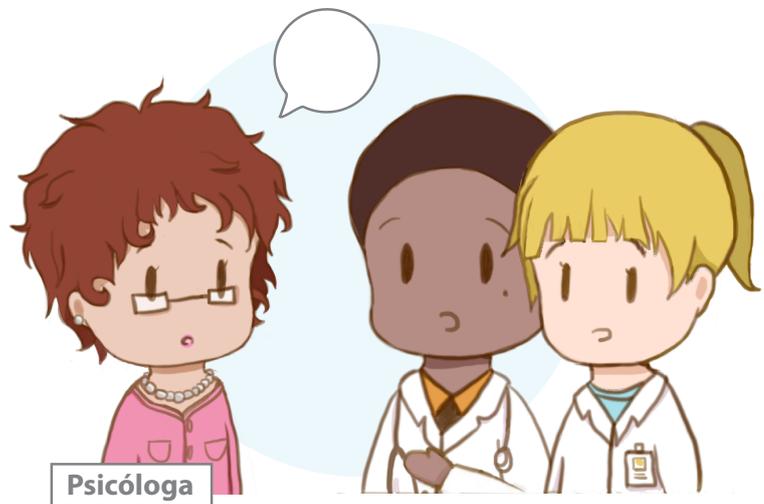
A construção de um PTS exige a presença e colaboração de sujeitos comprometidos com propostas e condutas terapêuticas articuladas, envolvendo quatro pilares: hipótese diagnóstica, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação (CAMPOS; AMARAL, 2007).

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.

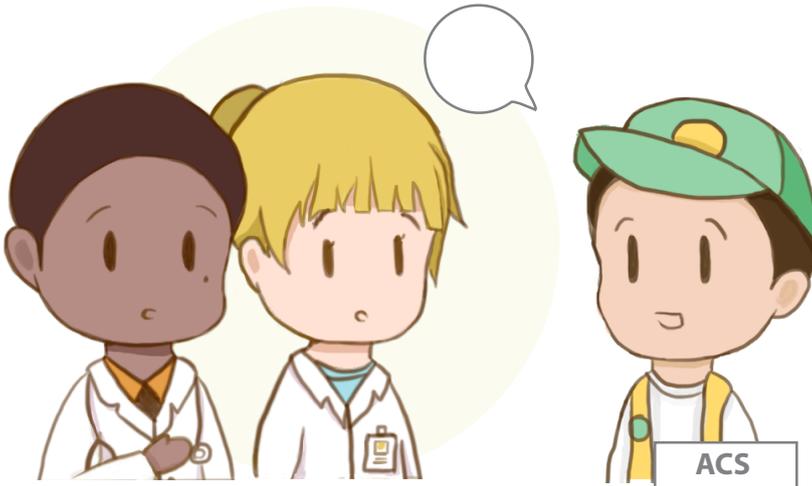


1 Continuando a história de Júlia, o médico conversa com a enfermeira, e resolvem levar o caso para discutir com a equipe de NASF.

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.

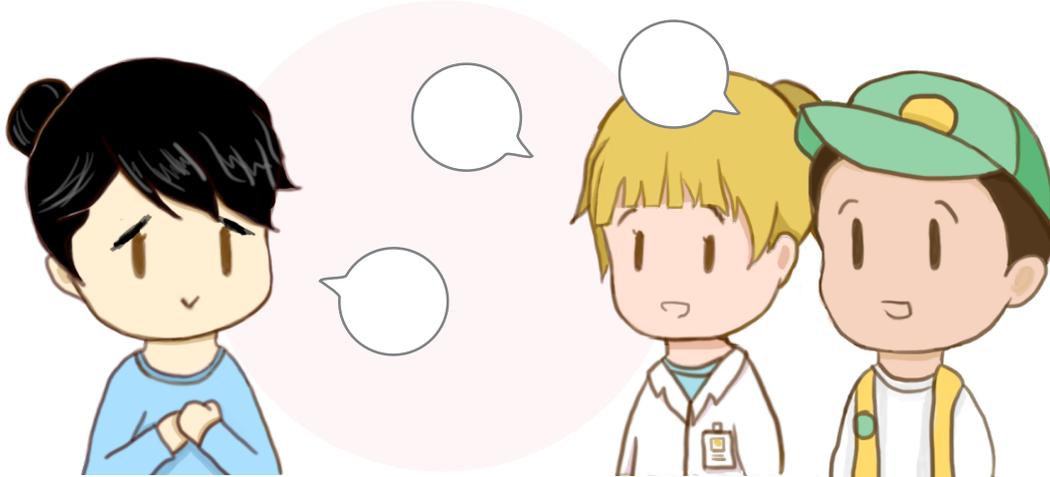
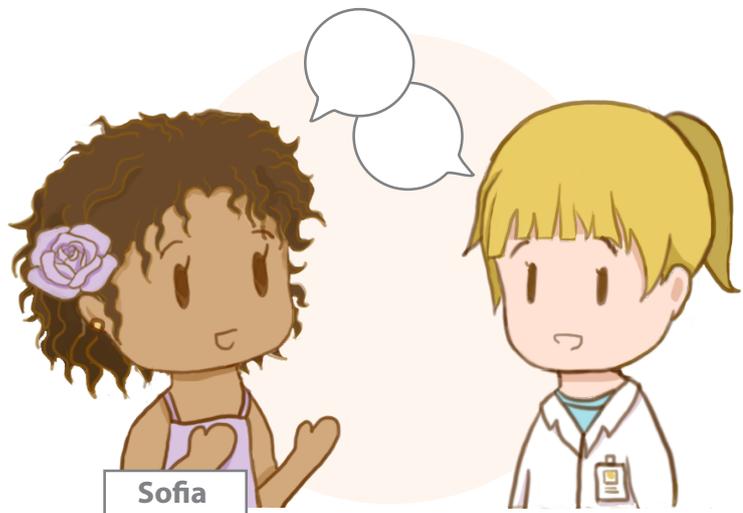


3 Nesse novo encontro, discutem com Júlia que o luto é uma coisa necessária, que ela vai superar esse período apesar da dor, e que irão apoiá-la. Perguntam se ela gostaria de voltar a fazer parte do grupo de bordado e da academia da saúde. Júlia se mostra pensativa e responde que talvez. Eles explicam 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://bvsm.s.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

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

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

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.



Unidade 4

Trabalho em redes e Saúde Mental

Autoras: Luise Lüdke Dolny
Luana Gabriele Nilson

Trabalho em redes e Saúde Mental

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Conhecer as possibilidades de cuidado compartilhado por meio da Rede de Atenção Psicossocial em Santa Catarina e como a Atenção Básica faz parte dela.

Vimos até aqui que a Atenção Básica também é responsável pelo acolhimento da demanda de saúde mental nos territórios, trabalhando de forma multidisciplinar, prestando atenção compartilhada embasada na integralidade e singularidades dos sujeitos.



- Mas como fazer em casos graves e severos? Como as equipes devem atuar nestas situações em que as estratégias e ferramentas de trabalho na Atenção Básica não são suficientes?

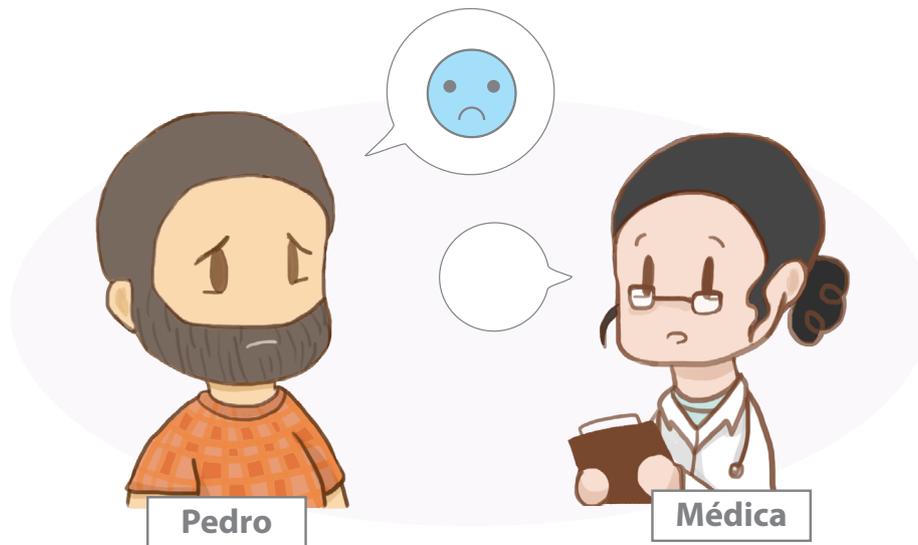
A atenção compartilhada por meio do trabalho em rede envolvendo serviços especializados é uma possibilidade de apoio às equipes de Atenção Básica no manejo de casos mais severos que necessitam de apoio especializado.

O protagonismo da Atenção Básica nesta rede de cuidados é de fundamental importância, pois é no território da Atenção Básica que as pessoas vivem e se socializam, portanto, é onde residem também as soluções para os transtornos mentais.

O Ministério da Saúde estabeleceu em 2010 diretrizes para estruturação das Redes de Atenção em Saúde nas regiões de saúde do SUS. Neste documento as Redes de Atenção em Saúde são definidas como:

Definição: Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010b; MENDES, 2011, p.84).

Na prática:



Pedro foi a Unidade Básica de Saúde para uma consulta, pois precisava renovar a receita do hipertensivo que estava tomando. Depois de fazer a avaliação médica de praxe, a médica escrevia a receita do medicamento quando Pedro disse:

- Eu podia era morrer logo, assim não dava esse trabalho todo para ninguém.

Percebendo o semblante sério de Pedro, a médica decide perguntar:

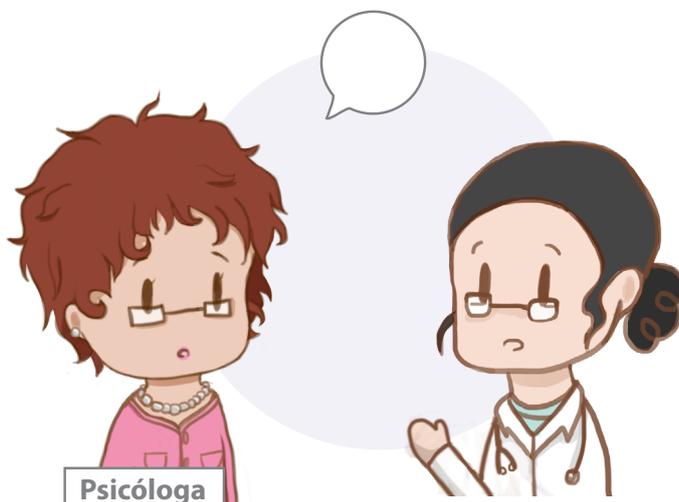
- Está passando por muitos problemas ultimamente?

- Perdi meu emprego há seis meses e desde então precisamos cortar muitos gastos lá em casa. Meu filho não pode mais fazer aulas de inglês... Além disso minha esposa, ao chegar em casa depois de um longo dia de trabalho, ainda passa a noite fazendo pães para vender e complementar a renda. Sinto-me um fardo e um inútil por não conseguir nenhum emprego decente. Tenho vontade de sumir...

- Já pensou em pôr fim à própria vida? – pergunta ela.

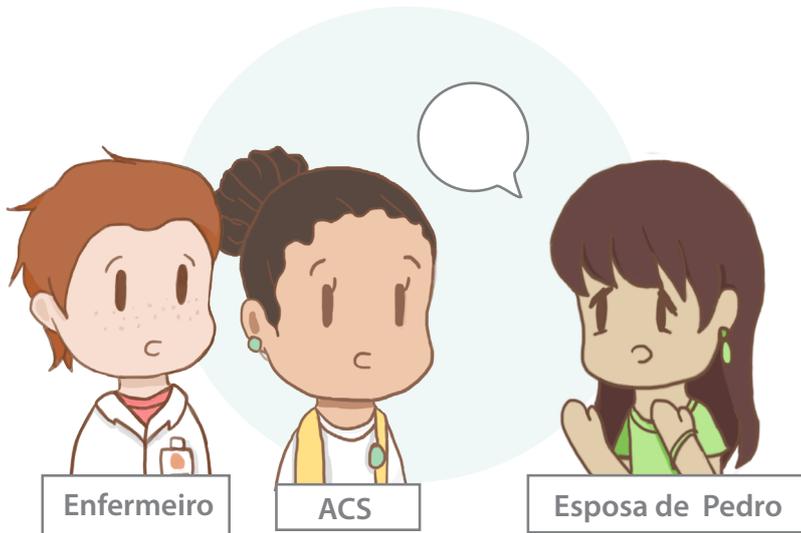
Ele responde afirmativamente, balançando a cabeça...

Depois de conversar mais com Pedro, a médica identificou que apesar da ideação, ele não tinha planos de suicídio e apresentou desejo de receber ajuda. Ela então decidiu compartilhar o caso com a equipe antes de realizar algum tipo de encaminhamento.



Naquela semana, durante a reunião de equipe em conjunto com a psicóloga do NASF, relatou o caso de Pedro e debateram as possibilidades de cuidado.

1



Enfermeiro

ACS

Esposa de Pedro

Decidiram que o primeiro passo seria a ACS e o enfermeiro fazerem uma visita domiciliar para avaliar a situação da família e ter mais informações das condições de Pedro. Eles descobriram que uma tia de Pedro havia cometido suicídio há alguns anos e sua esposa relatou ainda que Pedro estava bebendo mais do que o costume, e que em uma das vezes foi agressivo com ela.

2

3 A psicóloga sugeriu então fazer contato com a equipe do CAPS para agendarem uma reunião de matriciamento ou mesmo uma consulta compartilhada para identificarem melhor a necessidade de tratamento intensivo e especializado ou se seria melhor realizar um tratamento ambulatorial, com apoio da rede.



Psicóloga



Assistente social

Psiquiatra

Psicólogo

Terapeuta ocupacional

4 Depois disso, foi elaborado um projeto terapêutico singular, em conjunto com Pedro, em que foi decidido que ele teria um acompanhamento com a equipe do CAPS (psiquiatra, psicólogo e terapeuta ocupacional) e que um assistente social apoiaria Pedro na busca por emprego. Ficou definido também que uma vez por mês as equipes de SF, NASF e CAPS se reuniriam para avaliar o caso.

Unidade 4

Você percebeu que o compartilhamento da atenção facilitou a coordenação do cuidado e de responsabilidade da equipe da ESF, que acompanhou e organizou o cuidado de Pedro? Neste caso, a escuta qualificada da médica Ana possibilitou que o cuidado ao caso grave de Pedro de fato acontecesse.

Existe o mito de que falar sobre a intenção de morte com um potencial suicida pode levá-lo a cometer o ato, quando pelo contrário, o diálogo aberto pode aliviar a angústia da pessoa e ainda dar-lhe esperança de apoio e ajuda (CHIAVERINI et al, 2011).

SAIBA MAIS

- O Guia de Matriciamento em Saúde Mental dá orientações sobre as situações mais comuns em saúde mental na atenção básica, dentre elas o suicídio, no capítulo 4.

Acesse: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf

- Também o Caderno de Atenção Básica nº 34 sobre Saúde Mental, a partir da página 98 trata sobre os transtornos mentais graves e persistentes.

Acesse: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf

Como vimos, o cuidado compartilhado em rede é muito importante para apoiar o cuidado em saúde mental na atenção básica. Vamos agora conhecer como funciona a Rede de Atenção Psicossocial e como ela está sendo estruturada em Santa Catarina.

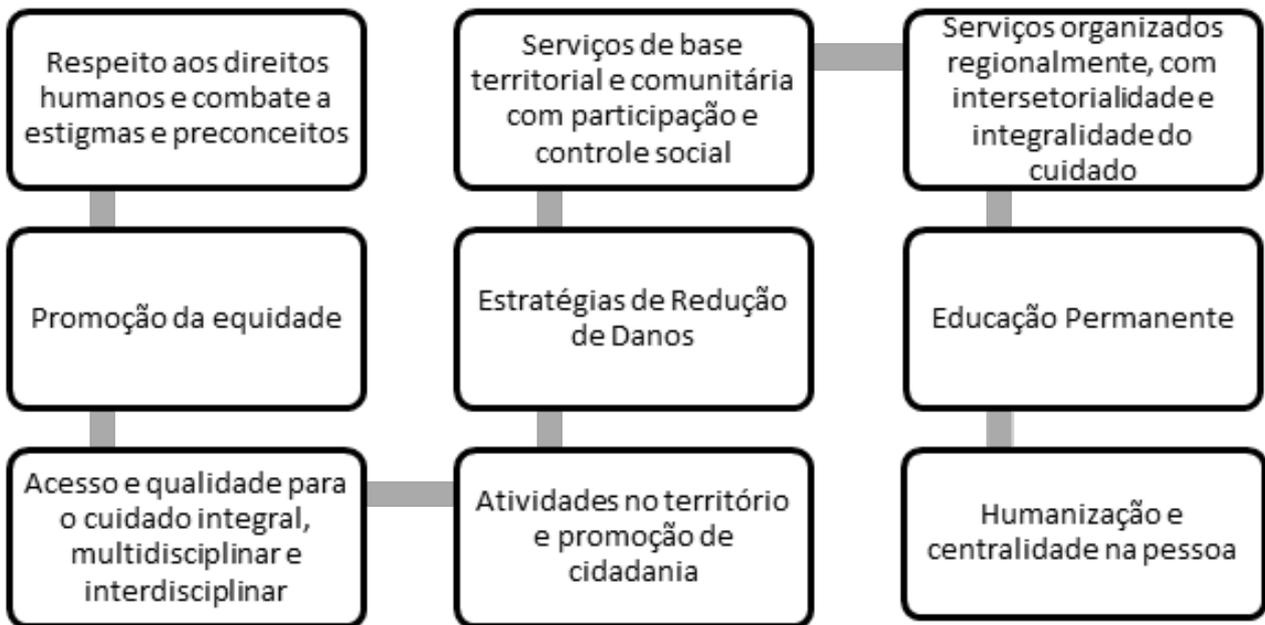
4.1. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

A Rede de Atenção Psicossocial é uma das redes temáticas de atenção à saúde. Estas redes temáticas têm objetivos específicos (um tema central) dentro das necessidades gerais de mudanças propostas pelas redes de forma genérica.

A RAPS é a rede temática que busca melhorar a qualidade clínica no cuidado em Saúde Mental por meio da organização e integração entre serviços dos diferentes níveis de atenção que prestam cuidados a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.

Unidade 4

Figura 4. As diretrizes que orientam a RAPS

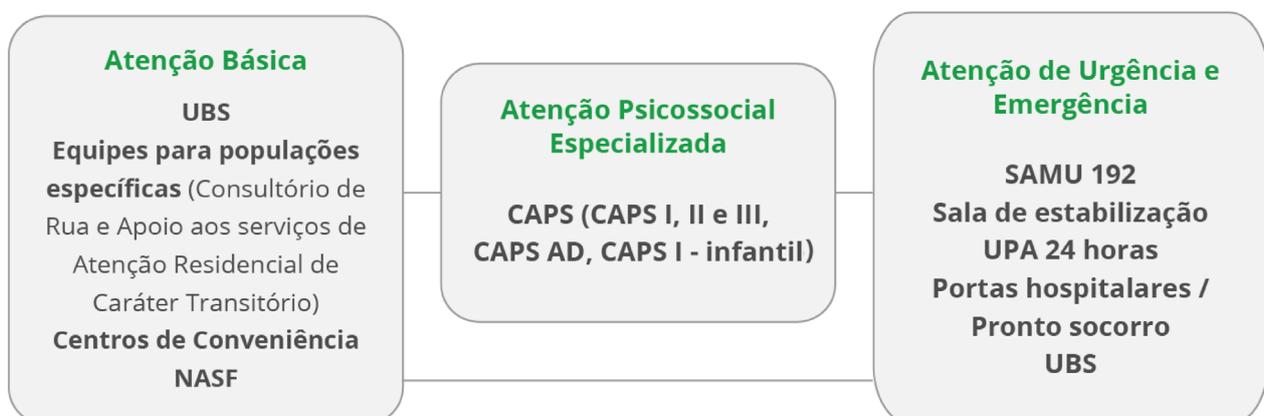


Fonte: Elaboração própria.

Dentro da RAPS é possível a interação entre diversos serviços de saúde (componente) na prestação do cuidado em saúde mental e a Atenção Básica é um dos componentes desta rede.

Os componentes da RAPS variam de acordo com o estabelecimento das regiões de saúde e os serviços disponíveis para tanto. A articulação na RAPS pode acontecer entre os seguintes componentes:

Figura 5. As diretrizes que orientam a RAPS



Fonte: Elaboração própria.

Unidade 4

Na atenção básica a interação com as equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) é fundamental, pois estes profissionais podem orientar e apoiar as ações das equipes de SF por meio de suporte técnico e pedagógico, qualificando o cuidado aos usuários, inclusive nos processos de coordenação do cuidado compartilhado em saúde mental.

SAIBA MAIS

Webpalestra - Saúde Mental: Interação entre o NASF e as equipes de Saúde da Família do psicólogo Marcelo Richar Arua Piovanotti que tem o objetivo de orientar as eSF e as equipes do NASF sobre a importância do trabalho em conjunto e como ele deve ocorrer para o aumento da resolubilidade dos casos de saúde mental na atenção primária.

Clique aqui: <https://www.youtube.com/watch?v=6onZkg459eo>

Na Atenção Psicossocial Especializada estão previstos os serviços dos Centros de Atenção Psicossocial. Os CAPS são constituídos por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo (BRASIL, 2011).

No componente de Atenção de Urgência e Emergência, os serviços previstos são responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

SAIBA MAIS

- Mas como posso saber quais são os serviços disponíveis em sua região de saúde para o cuidado em saúde mental?

SAIBA MAIS

- Você pode conferir como ficou o plano de ação da RAPS em sua região acessando o “Plano operativo da rede de atenção psicossocial de Santa Catarina com os 16 planos de ação regionais 2015 – 2018” disponível na página da área técnica de Saúde Mental da Gerência de Coordenação da Atenção Básica (GEABS) da SES: http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=5313%3Aprotocolos-da-rede-de-atencao-psicossocial&catid=1019%3Aprotocolos-e-diretrizes-terapeuticas&Itemid=460
- Você também pode ter acesso aos endereços dos serviços da RAPS em Santa Catarina acessando este link: http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=421&Itemid=82

Analise a partir da leitura deste documento as possibilidades de cuidado compartilhado entre as equipes de Atenção Básica e os demais componentes da RAPS previstos para a sua região. Busque articular com estes serviços fluxos e processos de cuidado que sejam mais adequados à situação epidemiológica de sua região.

4.2. Materiais de apoio para o cuidado em saúde mental

A Secretaria de Estado da Saúde lançou em 2016 um importante documento de apoio às equipes de Atenção Básica no cuidado à saúde mental que são os “Protocolos da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina”. Os protocolos descrevem as diversas situações de saúde mental, os critérios de diagnóstico, os possíveis locais de tratamento dentro da rede e a indicação de tratamento. As equipes de Atenção Básica e os demais serviços da rede podem usar estes protocolos para estabelecer seus fluxos de trabalho considerando as realidades e contextos locais.

SAIBA MAIS

Conheça os Protocolos da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina acessando este link:

http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=5313%3Aprotocolos-da-rede-de-atencao-psicossocial&catid=1019%3Aprotocolos-e-diretrizes-terapeuticas&Itemid=460

Unidade 4

Você pode contar também com o apoio da área técnica de Saúde Mental da Gerência de Coordenação da Atenção Básica à Saúde (GEABS) da Secretaria Estadual de Saúde para discutir possibilidades de organização das ações de Saúde Mental em sua equipe.

SAIBA MAIS

Acesse o link a seguir para ter mais informações e verificar os e-mails e telefone de contato:

http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=315&Itemid=460

Outra possibilidade de apoio para o desenvolvimento de ações de Saúde Mental em sua equipe são os serviços do Telessaúde SC. Para tirar dúvidas e até mesmo discutir casos com nossos teleconsultores envie uma pergunta pelo serviço de teleconsultoria ou verifique os vídeos sobre saúde mental disponíveis em nosso acervo. Acesse o portal e conheça melhor nossos serviços: <http://telessaude.sc.gov.br>

Você também pode se inscrever nos cursos ofertados pela UNASUS-UFSC.

Clique nos links de cada curso e verifique as datas de inscrição:

- Atualização em Saúde mental na Infância e Adolescência: <https://unasus.ufsc.br/saudemental/>
- Crise e Urgência em Saúde Mental: <https://unasus.ufsc.br/crise/>
- Álcool e outras drogas – da coerção a coesão: <https://unasus.ufsc.br/alcooleoutrasdrogas/>

CONCLUSÃO

Ao longo da unidade 4, você pôde conhecer como funciona a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em Santa Catarina e teve acesso aos Plano de Ação da RAPS em sua região, além dos contatos dos serviços que compõe essa rede. Você também conheceu documentos e ferramentas importantes para o apoio às ações de saúde mental em sua unidade de saúde.

A partir de agora você pode iniciar a articulação de sua equipe na Atenção Básica com os demais serviços da rede para estabelecimento de fluxos e processos de cuidado que sejam mais adequados à situação epidemiológica de sua região.

ENCERRAMENTO DO CURSO

Parabéns! Você concluiu o curso “Saúde Mental na Atenção Básica”!

Neste curso nós problematizamos a prática biomédica que se estabeleceu nos serviços de saúde no campo da saúde mental, que se expressa com a simples repetição de renovação da prescrição medicamentosa; revisamos os atributos da APS e sua correlação com o cuidado em saúde mental; debatemos sobre a organização do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica para atender as necessidades das pessoas com sofrimento mental e ainda entendemos como está funcionando a Rede de Atenção Psicossocial em Santa Catarina e como a Atenção Básica faz parte dela.

Concluimos que é a partir da organização do processo de trabalho na Atenção Básica, respeitando os atributos de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado, que as equipes de Saúde da Família têm condições de responder as necessidades de saúde das pessoas e comunidade, melhorando o cuidado em saúde de forma geral, na qual se inclui a saúde mental.

Agora convidamos você para, a partir dos conhecimentos aqui sistematizados, refletir sobre as práticas de atenção à Saúde Mental realizadas por sua equipe. Quais são os pontos positivos e as dificuldades destas práticas? Como estas ações poderiam ser organizadas ou reorganizadas? A medicalização e medicamentação são uma realidade em seu território?

Aproveite os conteúdos deste minicurso, faça o download do caderno de conteúdos e debata sobre estes questionamentos com os demais profissionais de sua equipe no espaço de reunião da equipe. Conte sempre com os serviços de telessaúde para tirar suas dúvidas e ter apoio no planejamento de ações e manejo de casos clínicos.

Agradecemos sua companhia durante o curso!
Bom trabalho!

O Telessaúde e a Central Estadual de Telemedicina agradecem a sua participação!

Até a próxima!



Referências Bibliográficas

AMARANTE P. C. D. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

BARROS, J. A. C. **Medicalización y salud. Cuad.med.soc.** 28:25-31, 1984.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.152 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27)

BRASIL. Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite. **Diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados – 12,** Ano 10, nº 12, outubro de 2015. Brasília, 2015. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 48 p. Disponível www.saude.gov.br/bvs/saudemental

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.152 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS:** acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular** – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_psicossocial.

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

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referências teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, n. 12, v. 4, p. 849-859, 2007.

CARVALHO, S.R.; CUNHA, G.T. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p.837-68.

CECILIO, L. C. O. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta Pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro:UERJ, IMS, ABRASCO, 2001. p. 113-126.

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

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

CUTOLO, L. R. A. **Estratégia saúde da família: bases conceituais**. Texto elaborado para a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS), 2009. (mimeo).

CUTOLO, L. R. A. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Vol. 35, n. 4, de 2006.

DILDA, G. O papel da atenção básica na saúde mental. **Trabalho de conclusão de curso**. Universidade do Vale do Itajaí - Itajaí-SC. 2013.

DIMENSTEIN, M. et al. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde soc.**, vol.18, no.1, p.63-74, mar. 2009.

FORTES, S. Transtornos Mentais Comuns na Atenção Primária: suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades do programa de saúde da família do município de Petrópolis-RJ-Brasil. **Tese de Doutorado**. IMS/UERJ. Rio de Janeiro, 2008.

GERVÁS, J.; FERNÁNDEZ, M.P. **Uma Atenção Primária forte no Brasil**. Relatório sobre como fortalecer os acertos e corrigir as fragilidades da Estratégia de Saúde da Família. 2011.

GUANAES, C.; JAPUR, M. Sentidos de doença mental em um grupo terapêutico e suas implicações. **Psicol. Teor. Pesqui.**, Porto Alegre, v.21, n.2, p.227-35, 2005.

_____. Grupo de apoio com pacientes psiquiátricos ambulatoriais em contexto institucional: análise do manejo terapêutico. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 191-199, 2001.

HERNÁEZ A. M. A medicalização dos estados de ânimo. O consumo de antidepressivos e as novas biopolíticas das aflições. In: Caponi S, Verdi M, Brzozowski FS. (Orgs). **Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica**. Palhoça: Unisul; 2010. p.111-134

MAEYAMA M. A.; CUTOLO L. R. A. As concepções de saúde e suas ações consequentes. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. 2010; v.39, n.1, p.89-96.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: OPAS, 2011.

_____. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MERHY, E. E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E.; ONOKO, R. (orgs). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo (SP): Hucitec; 1997.

NASCIMENTO, et al. **Vínculo e responsabilização na construção da produção do cuidado no Programa Saúde da Família**. In: ASSIS, M.M.A.et al. orgs. Produção do cuidado no Programa Saúde da Família : olhares analisadores em diferentes cenários [online]. Salvador: EDUFBA, 2010. 180 p. ISBN 978-85-232-0669-7. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

NEVES, R.; DIMENSTEIN, M.; PAULON, S.; NARDI, H.; BRAVO, Ó.; BRITO DE MEDEIROS GALVÃO, V. A.; DE SOUSA SEVERO, A. K.; FIGUEIRÓ, R. A saúde mental no sistema único de saúde do Brasil: duas realidades em análise. **Avances en Psicología Latinoamericana**, vol. 30, núm. 2, 2012, pp. 356-368. Universidad del Rosario: Bogotá, Colombia.

NGOUNDU-MBONGUE et. al. Psychoactive drug consumption: performance-enhancing behaviour and pharmacodependence in workers. **Pharmacoepidemiol Drug Saf**. 2005; 14(2):81-9.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**. 66(esp): 158-64, 2013.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS)**. Washington, D.C: OPAS, 2007.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. **Plan de acción sobre salud mental 2013-2020**. Ginebra, 2013.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. **PORTARIA nº 528 de 11/06/2012.** Institui, no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde, o “Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial”, nos termos da Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Planejamento e Gestão. Superintendência de Regulação e Serviços Especiais. **Plano operativo da rede de atenção psicossocial de Santa Catarina com os 16 planos de ação regionais 2015 – 2018.** Organizado por Alan Índio Serrano. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2016.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Planejamento e Gestão. Superintendência de Regulação e Serviços Especiais. **Protocolos da rede de atenção psicossocial de Santa Catarina.** Organizado por Alan Índio Serrano. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2016.

SOUZA, Â. C. Ampliando o campo de atenção psicossocial: a articulação dos centros de atenção psicossocial com a saúde da família. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, dez. 2006.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre as necessidades de Saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, 2002.