



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL

Daymée Taggesell de Córdova

**Construindo Diretrizes para o Cuidado Integral à Pessoa em
Sofrimento Psíquico: integrando redes**

Florianópolis
2018

Daymée Taggesell de Córdova

**Construindo Diretrizes para o Cuidado Integral à Pessoa em
Sofrimento Psíquico: integrando redes**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Santa Catarina, como pré-requisito para a conclusão do Mestrado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Linha de pesquisa: Promoção e Reabilitação Psicossocial

Orientadora: Prof. Dra. Maria Terezinha Zeferino.

Florianópolis
2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

de Córdova, Daymée

Construindo Diretrizes para o Cuidado Integral à
Pessoa em Sofrimento Psíquico: integrando redes /
Daymée de Córdova ; orientador, Maria Terezinha
Zeferino, 2018.

146 p.

Dissertação (mestrado profissional) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de
Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde
Mental e Atenção Psicossocial, Florianópolis, 2018.

Inclui referências.

1. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. I.
Zeferino, Maria Terezinha . II. Universidade
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação
em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. III. Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
MESTRADO PROFISSIONAL

**Construindo Diretrizes para o Cuidado Integral à Pessoa em
Sofrimento Psíquico: integrando redes.**

Daymée Taggesell de Córdova

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: **MESTRE PROFISSIONAL EM SAÚDE
MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Saúde Mental e Atenção Psicossocial

Prof. Dr. Sérgio Fernando de Torres Freitas

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e
Atenção Psicossocial

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Maria Terezinha Zeferino (Presidente)

Prof. Dr. Fabricio Augusto Menegon (Membro)

Prof. Dra. Gisele Cristina Manfrini Fernandes (Membro)

Livia Silva Lima (Enfermeira Mestranda)

“Avançar na qualificação da atenção e da gestão em saúde requer forte decisão dos gestores do SUS, enquanto protagonistas do processo instituidor e organizador do sistema de saúde.” Ministério da Saúde

Agradecimentos

À professora Maria Terezinha Zeferino, mestre das dúvidas e angústias, que iluminou e guiou minhas ideias.

Às bancas tanto da qualificação quanto da defesa pela disponibilidade, atenção e contribuições.

Ao Laboratório de Tecnologia e Inovação na Educação, Pesquisa e Extensão em Atenção Psicossocial e Drogas (APIS) pelas oportunidades e espaços de aprendizado.

Aos professores do mestrado, pela persistência, compromisso e conhecimento compartilhado.

À designer Gisele Correa da Silva por seu trabalho e dedicação com a diagramação da Diretriz para o Cuidado Integral à Pessoa em Sofrimento Psíquico.

Ao meu querido amigo Marcelo Brandt Fialho, pela parceria, paciência e sabedoria.

Ao Matheus Pacheco Andrade, pela liberdade, autonomia e confiança que depositou nos assessores do Departamento de Atenção Psicossocial.

RESUMO

O sofrimento psíquico é um fenômeno universal e prevalente, podendo estar ligado aos ciclos, hábitos e experiências de vida e aos diferentes fatores pessoais, ambientais, familiares, culturais, sociais, profissionais e econômicos. O cuidado para as pessoas em sofrimento psíquico vem evoluindo e a mudança no modelo inclui um cuidado na lógica da atenção psicossocial na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O objetivo geral desta pesquisa foi o de propor diretrizes para a RAPS de forma a alcançar um cuidado integral à pessoa em sofrimento psíquico. Trata-se de uma pesquisa convergente-assistencial (PCA), com base na metodologia da pesquisa-ação. Foram apresentados dois resultados ao término da pesquisa. O Protocolo de Acesso à Psiquiatria, que é o resultado de uma construção conjunta entre diferentes atores da assistência e gestão, com coordenação e elaboração pelo Departamento de Atenção Psicossocial (DAP) da Secretaria Municipal de Saúde. Documento já institucionalizado e em uso no Município em estudo. O Protocolo definiu competências e responsabilidades entre os serviços da RAPS para as situações de sofrimento psíquico, chamando as equipes a pensarem e assumirem o cuidado em saúde mental. A Diretriz para o Cuidado Integral à Pessoa em Sofrimento Psíquico é um material técnico que se propõe a subsidiar as dificuldades vivenciadas no cuidado e a responder as fragilidades identificadas durante esta pesquisa sobre o cuidado integral à pessoa em sofrimento psíquico na rede. Ambos podem melhorar a corresponsabilização entre as equipes, o cuidado integral às pessoas em sofrimento e garantir um trânsito mais seguro na rede.

Palavras-chave: Sofrimento psíquico, cuidado integral, atenção psicossocial, Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

ABSTRACT

Psychic suffering is a universal and prevalent phenomenon, and can be linked to the cycles, habits and life experiences and to the different personal, environmental, family, cultural, social, professional and economic factors. Care for people in psychic suffering has been evolving and the change in the model includes a care in the logic of psychosocial care in the Psychosocial Attention Network (RAPS). The general objective of this research was to propose guidelines for RAPS in order to achieve integral care for the person suffering from psychic suffering. It is a convergent-care research (PCA), based on the research-action methodology. Two results were presented at the end of the research. The Protocol of Access to Psychiatry, which is the result of a joint construction between different actors of care and management, coordinated and elaborated by the Department of Psychosocial Care (DAP) of the Municipal Health Department. Document already institutionalized and in use in the Municipality in study. The Protocol defined competencies and responsibilities among the RAPS services for situations of psychological distress, calling the teams to think and take care in mental health. The Guideline for the Integral Care of the Person in Psychic Suffering is a technical material that aims to subsidize the difficulties experienced in care and to respond to the fragilities identified during this research on the integral care of the person suffering from psychic suffering in the network. Both can improve co-responsibility between teams, comprehensive care for people in distress and ensure safer traffic on the network.

Keyword: Psychic suffering, integral care, psychosocial attention, Psychosocial Attention Network (RAPS).

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Representação dos movimentos de aproximação e distanciamento e os objetivos da Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA).....	21
Figura 2 – Representação dos movimentos de aproximação e distanciamento dos pesquisadores entre assistência e a pesquisa	40

LISTA DE TABELAS

Quadro 1 – Rede de Atenção Psicossocial do Município Pesquisado.....	24
Quadro 2 – Compilação das Informações Coletadas.....	44

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVO	21
2.1 Objetivo Geral.....	21
2.2 Objetivos Específicos.....	21
3 REVISÃO DE LITERATURA	22
3.1 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).....	22
3.2 Cuidado Integral à Pessoa em Sofrimento Psíquico.....	27
3.3 Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (PNH/SUS).....	30
3.4 Apoio Matricial para as Situações de Sofrimento Psíquico	34
4 ASPECTOS METODOLÓGICOS	37
4.1 Caracterização da Pesquisa	37
4.2 Fases da pesquisa.....	38
4.2.1 Fase de Concepção.....	39
4.2.2 Fase de Instrumentação.....	40
4.2.2 Fase de Perscrutação.....	42
4.2.3 Fase de Análise	43
4.2.4 Fase de Interpretação.....	46
4.3 Questões Éticas.....	47
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	49
5.1 Pesquisa.....	49
5.2 Organizar o processo de matriciamento na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município para alcançar o cuidado integral à pessoa em sofrimento psíquico.....	51
5.3 Construir diretrizes de cuidado integral à pessoa em sofrimento psíquico na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	57
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
REFERÊNCIAS	79
APÊNDICE	92
APÊNDICE 1 – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	92
APÊNDICE 2 – Protocolo de Acesso à Psiquiatria.....	94
APÊNDICE 3 – Diretriz para o Cuidado Integral da Pessoa em Sofrimento Psíquico.....	99
ANEXO	90

ANEXO 1 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC número 924.432/2014.....	90
---	----

1 INTRODUÇÃO

O cuidado para as pessoas em sofrimento psíquico vem evoluindo e, com isso, muito se tem discutido acerca do modelo assistencial, propondo-se outras metodologias em substituição ao manicômio e ao modelo biomédico.

A mudança no modelo de cuidado inclui o rompimento com a visão biomédica da doença, onde o sofrimento psíquico não se resume a um diagnóstico, mas se amplia para uma visão mais integral e subjetiva do sujeito.

Na lógica da integralidade e da atenção psicossocial, compreende-se o sofrimento psíquico como a expressão subjetiva de um sujeito inserido em um ambiente, com o qual interage e é afetado. Entre outras coisas, a pessoa é a soma de suas experiências de vida e dos recursos internos e emocionais que desenvolveu para lidar com a vida, com tudo que a circunda e a permeia.

Desta forma, o sofrimento psíquico não pode ser interpretado como uma doença e sim como um fenômeno universal, podendo estar ligado aos ciclos, hábitos e experiências de vida e aos diferentes fatores pessoais, ambientais, familiares, culturais, sociais, profissionais e econômicos (COSTA-ROSA, 2013; BRASIL, 2013a). Cada pessoa é única, cada qual com seus recursos, por isso cada sujeito sente e responde de forma diferente às situações da vida, desenvolvendo sua existência-sofrimento. Estes sofrimentos podem levar a uma ruptura da pessoa e aí sim se expressar ou evoluir para um transtorno.

O modelo biomédico foi preponderante por muito tempo e sempre buscou a objetividade do sofrimento, ou seja, a doença, o sintoma e a cura. Procurou se afastar do sentimento para se aproximar da objetividade, pois

[...] o médico traduz o sofrimento que seus pacientes apresentam, supervalorizando os aspectos objetiváveis, traduzidos em doença, e deixando de lado o universo subjetivo do sofrer (GUEDES; NOGUEIRA; CAMARGO JR., 2006, p. 1094).

Contudo, não há como dissociar a pessoa que sofre e fragmentá-la em uma expressão sintomatológica sem considerá-la em sua subjetividade e no universo que está inserida. O ser humano é feito de emoção antes mesmo de conseguir raciocinar, já que a mente racional

precisa mais tempo para registrar e reagir que a mente emocional (GOLEMAN, 2011).

Diante da pessoa em sofrimento psíquico a porta de entrada para o cuidado não pode ser “[...] a razão calculatória, analítica e objetivística. Ela nos leva ao trabalho-intervenção-produção e aí nos aprisiona” (BOFF, 2005, p. 33). O ser humano possui algo a mais, que é o sentimento e a capacidade de se emocionar, de se envolver, de se afetar e de se sentir afetado. A cura não necessariamente seja a supressão dos sintomas. Vista em seu sentido mais erudito do latim a cura era entendida e usada em um contexto de relações humanas de amizade e amor. É o sentimento que expressa o cuidado, logo, o cuidado está nos relacionamentos, nos afetos, nos encontros entre os humanos.

Assim, o modelo psicossocial vem propor uma outra maneira de cuidar, focando no sujeito e em sua existência-sofrimento, tendo como porta de entrada o encontro com o outro, a oportunidade do desabafo, do estabelecimento de um vínculo por meio da escuta acolhedora e empática. É sair da posição do profissional em busca de um diagnóstico ou cura para a de um ser humano que acalenta outro ser humano, que se coloca no lugar do outro, que antes de buscar soluções racionais constrói com a pessoa possibilidades e estratégias de bem-estar (BRASIL, 2013a; COSTA-ROSA, 2013).

Um conceito de cuidado que se encaixa melhor ao modelo psicossocial é o que considera o ato de cuidar como

[...] cogitar e pensar no outro, colocar a atenção nele, mostrar interesse por ele e revelar uma atitude de desvelo, até de preocupação pelo outro. [...] cuidado implica um modo-de-ser mediante o qual a pessoa sai de si e centra no outro com desvelo e solicitude (BOFF, 2005, p. 29).

O cuidado é uma expressão ‘plural’ que não significa o cuidar de si mesmo, mas o cuidado do outro sem intenção ou pretensão. O cuidado é uma atitude que demonstra preocupação, responsabilização e solidariedade com a dor e o sofrimento do outro (BRASIL, 2010b, p. 49).

A Lei 10.216/2001 demarca mudanças no direcionamento deste cuidado para as pessoas em sofrimento psíquico, garantindo direitos e trazendo a responsabilidade da assistência para os serviços extra-hospitalares, territoriais e comunitários. Retira o foco do cuidado no manicômio e no médico para possibilidades terapêuticas multidisciplinares, em liberdade e sem perda de vínculos com a família e

comunidade. Possibilita um cuidado não só focado no uso da medicação, mas na inserção social em espaços de construção de laços, autonomia e cidadania (BRASIL, 2001).

Em seguida a Portaria n. 336/2002 cria os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e suas modalidades como serviços estratégicos no cuidado às pessoas em sofrimento psíquico. Foram iniciativas que demonstraram a possibilidade de se existir uma rede substitutiva ao hospital, com o CAPS como provedor estratégico da desinstitucionalização, da reordenação do modelo do cuidado, da contratualidade territorial, do apoio clínico e matricial para a Atenção Primária (BRASIL, 2002, 2005; FERREIRA et al, 2016).

Em 2003 a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (PNH/SUS) vem fortalecer, por meio de diretrizes, o cuidado humanizado e corresponsável, incluindo o acolhimento, a escuta e o vínculo como a base desse cuidado. Procura a integralidade através da clínica ampliada e compartilhada, pela qual diferentes categorias do saber e serviços são incluídos de forma corresponsável em um cuidado singularizado, buscando para e com o sujeito a sua subjetividade, singularizando a experiência e abordando diferentes facetas envolvidas no sofrimento psíquico (BRASIL, 2010c).

Na busca do fortalecimento de uma rede resolutive e territorial de cuidados primários de saúde, a Portaria n. 648/2006 aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), divulgando diretrizes e normas para o Programa Saúde da Família (PSF), reformulada e republicada até a versão mais atual de 2017 como Portaria 2.436. As portarias reforçam que a Atenção Básica (AB), também conhecida como Atenção Primária à Saúde (APS), deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade e integralidade, produzindo atenção integral para reduzir sofrimentos que possam comprometer-lo em seu modo de viver saudável e em sua autonomia (BRASIL, 2006, 2017a).

Desde a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em 1978 na cidade de Alma-Ata, a qual deu origem à Declaração de Alma Ata, dava-se ênfase à importância dos cuidados primários de saúde, sendo o primeiro e mais próximo contato dos indivíduos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) desaconselha a especialização do cuidado em saúde mental, dando preferência aos cuidados com equipe multiprofissional em nível da AB (OMS, 2010).

Visando o fortalecimento da AB e sua resolutive em 2008 é criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada às equipes de saúde da

família (eSF), às equipes para populações específicas (consultório na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde. O apoio técnico-pedagógico da equipe NASF tem como centralidade a qualificação da equipe da saúde da família, maximizando sua resolutividade (BRASIL, 2011a). Os NASF estavam regulamentados pela Portaria 2.488/2011, revogada pela Portaria 2.436/2017 que atualizou a PNAB e modificou o nome do NASF para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) (BRASIL, 2017a).

Enquanto as Unidades Básicas de Saúde (UBS), o PSF, o NASF e os CAPS iam se expandindo em território nacional e formando uma rede de cuidados, outras normativas eram construídas. Até que a Portaria n. 4.279/2010 vem trazer diretrizes para a organização desta rede, denominando-a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Busca a integralidade dos serviços a partir de arranjos assistenciais integrados e de diferentes densidades tecnológicas (BRASIL, 2010a).

As redes de atenção à saúde se concretizam por meio de um conjunto de serviços de saúde, coordenadas pela atenção primária, que comungam o cuidado integral de uma população. Não devem estar fragmentadas, devendo ter sistemas logísticos eficazes de comunicação, com foco tanto em situações agudas como crônicas, de forma proativa e contínua e baseada em planos de cuidados singulares (MENDES, 2011).

O Decreto 7.508 de junho de 2011 vem reorganizar a RAS, reforçando a AB como porta de entrada preferencial ao SUS, inclusive para a saúde mental, sendo esta a ordenadora do cuidado, articulando-se numa rede com graus de complexidades e tecnologias diferenciadas (BRASIL, 2011b).

A AB é um recurso estratégico para o enfrentamento do sofrimento psíquico, incluindo os decorrentes do uso de substâncias psicoativas, devido sua proximidade às famílias e comunidades (BRASIL, 2003).

A organização da RAS com a APS na coordenação e ordenação do cuidado se mostra eficaz para a superação da fragmentação sistêmica, pois a APS tem maior capacidade de organização interna (alocação de recursos e coordenação clínica) e enfrentamento dos cenários socioeconômicos, demográficos, epidemiológicos e sanitários (BRASIL, 2010a).

A partir da RAS e do Decreto 7.508 instaura-se, com a Portaria 3088/2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso

de crack, álcool e outras drogas, posteriormente reorganizada pela Portaria de Consolidação n. 3 de setembro de 2017. Está organizada a partir da AB, onde estão as Equipes de Saúde da Família (eSF) e/ou Equipes de Atenção Básica (eAB), Nasf-AB, Consultório na Rua (eCR) e os Centro de Convivência e Cultura, integrada à atenção psicossocial especializada onde estão os CAPS e as Unidades Ambulatoriais Especializadas, à atenção de urgência e emergência com as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e SAMU, à atenção residencial de caráter transitório com as Unidades de Acolhimento (UA) e comunidade terapêutica (CT), à atenção hospitalar com unidade de referência em hospital geral e hospital psiquiátrico especializado, às estratégias de desinstitucionalização com Serviço Residencial Terapêutico (SRT) e o Programa de Volta para Casa (PVC) e à reabilitação psicossocial por meio de iniciativas de trabalho e geração de renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais (BRASIL, 2011c, 2017b). A AB fica no meio desta rede, organizando, articulando e compartilhando os cuidados com os demais pontos da RAPS, com os CAPS como serviços estratégicos na intensificação de cuidados para sofrimentos psíquicos moderados à graves (BRASIL, 2011b).

Percebe-se, portanto, que a remodelação do cuidado não se restringiu à retirada das pessoas com sofrimento de dentro dos hospitais, mas na construção de uma rede integrada e numa lógica de assistência focada no sujeito e em suas necessidades, rediscutindo mudanças nas práticas de cuidado do modelo biomédico para o modelo psicossocial. Esta rede deve ser capaz de garantir a integralidade, a longitudinalidade e a prevenção da internação hospitalar (SILVA; DIMENSTEINS, 2014).

Minha inserção nesta rede ocorreu em 2004. Até 2008 estive como técnica de enfermagem da eSF e coordenadora de Unidade Básica de Saúde (UBS). A partir de 2008 atuei como enfermeira da eSF, até 2016. Experenciei inclusive o apoio do Nasf-AB. Pude constatar a dificuldade da rede em lidar com a integralidade do sujeito, com tendências a tratar sinais e sintomas sem abordar a causalidade e complexidade das vivências das pessoas. Os encaminhamentos, na sua grande maioria, são feitos mesmo sem esgotar as possibilidades terapêuticas da AB e sem uma avaliação profunda do processo de sofrimento. Há dificuldades para acolher, escutar e avaliar a pessoa em sofrimento psíquico. Muitas vezes o acolhimento é tido como simples triagem, centrado no médico, na prescrição medicamentosa e na supressão dos sintomas/doença, com pouca postura acolhedora e humanizada. O sofrimento psíquico é considerado responsabilidade dos

especialistas, onde a escuta terapêutica e o cuidado pela equipe multidisciplinar é desvalorizada. Há dificuldades em manejar crises e urgências em saúde mental. Não se compreende a AB como ordenadora do cuidado em saúde mental, tampouco como equipamento da RAPS. Delega-se para a atenção especializada o cuidado do sofrimento psíquico, com dificuldades no compartilhamento dos cuidados, sem construção de aproximações entre os serviços.

Em maio de 2016 me inseri na Gerência de CAPS, atualmente Departamento de Atenção Psicossocial (DAP), onde pude concluir que os desafios e dificuldades fazem parte de todos os pontos da rede.

Assim, esta pesquisa nasce justamente da percepção de que a RAPS não está conseguindo avançar em qualificação do cuidado ao ponto de alcançar a integralidade e resolutividade. A inquietação e a constatação se intensificaram no momento em que houve imersão no Departamento.

Além destas constatações, pesquisas na rede deste município mostraram que a falta de orientação técnica para os apoiadores do Nasf-AB diminui a potencialidade técnico-pedagógica do matriciamento e a capacidade de corresponsabilização entre os profissionais, pois o trabalho fica mais pautado em entendimentos, interpretações e vontades individuais que propriamente em direcionamentos legais e técnicos. E que a assistência está focada na medicalização e no médico, com pouco reconhecimento de outras práticas de cuidado e com isolamento entre os níveis de atenção, inexistindo integralidade (SOARES; FROSI; TESSER, 2015).

Estudos demonstram que espaços de produção do cuidado sofrem interferência de diferentes atores, individuais e coletivos, desde trabalhadores e usuários aos gestores, refletindo um lugar de permanente tensão em que a produção do cuidado fica submetida às questões pessoais e políticas (MERHY; FRANCO, 2003).

Para Franco e Magalhães Jr. (2004) alcançar integralidade é promover mudanças na produção do cuidado a partir da AB, alcançando a secundária, a atenção às urgências e a atenção hospitalar. É fundamental que os processos de trabalho estejam voltados para as necessidades da população, com valorização não só do conhecimento técnico mas das relações entre profissionais e usuários, buscando a resolutividade.

Um conjunto de nós nos serviços minimiza a capacidade resolutiva das equipes. A resolutividade está ligada aos recursos e conhecimentos técnicos existentes no espaço, mas também à habilidade

dos profissionais em acolherem e estabelecerem vínculos e no significado que dão para a relação com o usuário, se entendem esta interação como oportunidade de encontros e atuação no campo do cuidado. Acaba que a baixa capacidade de resolução está agregada a uma assistência pautada na produção de procedimentos e prescrição de medicações (FRANCO; MAGALHÃES JR., 2004; BRASIL, 2015a).

A avaliação da resolutividade das equipes deve incluir dados que analisem o acesso ao cuidado integral e deve embasar os encaminhamentos técnicos e estruturais para a ampliação e/ou melhoramento da rede. Não é possível dissociar atenção da gestão, pois a resolutividade é alcançada quando se integra as atividades de atendimento nas de planejamento dos serviços. Decidir sobre a clínica e planejar o processo de trabalho dependem da cultura vigente no município, a qual define a maneira como a rede de saúde se relaciona. Na inexistência de uma linha de cuidado planejada a tendência da rede é se fragmentar, tornar-se pouco resolutiva ou corresponsável, com restrição de acesso (JUNGES; BARBIANI; ZOBOLI, 2015).

Diferenças organizacionais promovem variadas formas de acesso, gerando injustiças e negação dos direitos de cidadania. A banalização das injustiças provocadas pela ausência de condições necessárias para a qualidade do acesso e atendimento promove peregrinações dos usuários pela rede de serviços e os coloca, junto dos profissionais, numa estrutura precarizada. Processos de trabalho isolados nos quais perpassam diferentes concepções teóricas sem uma construção e objetivos coletivos diminuem a capacidade dos serviços de produzirem saúde (FLEURY, 2011; COSTA-ROSA, 2013).

Diante disto fica claro que a investigação das práticas de cuidado é um dos eixos fundamentais para reversão da fragmentação da rede e da falta de qualificação da assistência (MERHY, 2002).

Baseando-se nisto e na análise da RAPS do município pela imersão em diferentes espaços, iniciou-se no ano de 2017 a construção de um planejamento no Departamento que objetivava a integração dos serviços. Identificava-se a ausência de fluxos claros e pactuados entre as equipes e serviços que pudessem estabelecer as competências e cuidados no campo da saúde mental.

A linha de cuidado integral é uma imagem planejada que expressa os fluxos assistenciais seguros, garantidos e necessários às demandas dos usuários. Ela desenha os recursos existentes tanto na intrarede quanto na intersectorialidade para as possibilidades terapêuticas. Dentro da linha estão fluxos, sistemas de articulação e organização dos

processos de trabalho para facilitar e garantir o acesso. Nesta linha o cuidado se pauta em uma prática integral e humanizada que se articula com os princípios do SUS e diretrizes da PNH/SUS (BRASIL, 2010b; PESSÔA; SANTOS; TORRES, 2011).

Entendendo ser necessária para esta construção uma modelagem participativa que reflita as necessidades da prática cotidiana, optou-se pela metodologia da pesquisa-ação. A pesquisa-ação possibilita a problematização da prática, a inserção do pesquisador na ação investigada e sua interação com os demais membros desta pesquisa. A interação propicia uma intervenção e a intervenção uma mudança.

Desta forma, esta pesquisa vem responder o questionamento de como construir diretrizes para a RAPS de forma a alcançar um cuidado integral à pessoa em sofrimento psíquico.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

Propor diretrizes para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de forma a alcançar um cuidado integral à pessoa em sofrimento psíquico.

2.2 Objetivos Específicos

Observar como as pessoas em sofrimento psíquico são cuidadas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na perspectiva do cuidado integral;

Sensibilizar os gestores e trabalhadores da saúde sobre a importância do cuidado integral à pessoa em sofrimento psíquico;

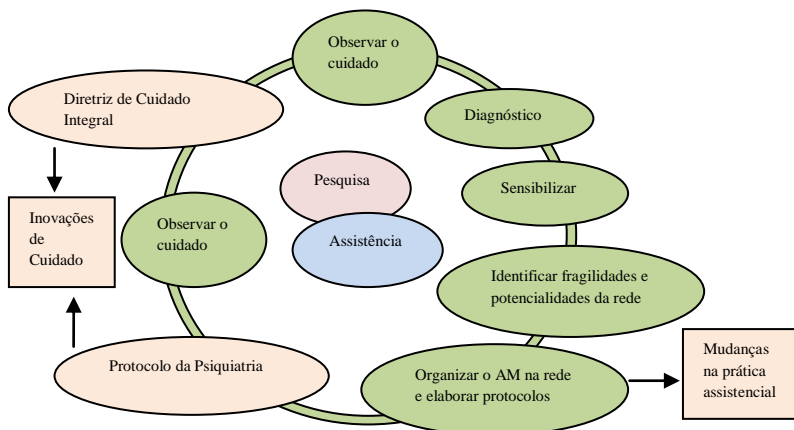
Identificar as potencialidades e fragilidades para o alcance do cuidado integral à pessoa em sofrimento psíquico na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS);

Organizar o processo de matriciamento na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município para alcançar o cuidado integral à pessoa em sofrimento psíquico;

Elaborar protocolos de acesso de acordo com cada categoria profissional;

Construir diretrizes de cuidado integral à pessoa em sofrimento psíquico na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Figura 1 - Representação dos movimentos de aproximação e distanciamento e os objetivos da Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA):



Fonte: elaborado pela autora

3 REVISÃO DE LITERATURA

Optou-se pela revisão bibliográfica do tipo narrativa para investigar de forma ampla os marcos legais do Sistema Único de Saúde, a reorientação do modelo de cuidado, a Rede de Atenção Psicossocial, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde, o apoio matricial e o processo de trabalho.

A partir de leituras e pesquisas em artigos científicos, leis e livros, baseando-se nos objetivos, desenvolveu-se a revisão de literatura em três capítulos: Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); Cuidado Integral à Pessoa em Sofrimento Psíquico; Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH/SUS); Apoio Matricial (AM).

No capítulo da RAPS contextualiza-se brevemente a reorientação do modelo de cuidado até se chegar à constituição da rede extra-hospitalar, elencando os dispositivos existentes no município.

No capítulo de cuidado integral à pessoa em sofrimento psíquico se aprofunda no conceito de cuidado e integralidade, propondo diretrizes para o alcance de um cuidado mais resolutivo e integral.

O capítulo da PNH/SUS enfatiza o acolhimento, o vínculo, a responsabilização e a resolutividade como diretrizes de cuidado.

E, por fim, o capítulo Apoio Matricial para as Situações de Sofrimento Psíquico reforça a importância desta ferramenta para a organização e qualificação do cuidado integral à pessoa em sofrimento psíquico.

3.1 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Para a continuidade das transformações no SUS e na RAPS é fundamental que os profissionais e usuários compreendam o processo histórico para que saiam de posições passivas diante dos desafios do sistema, reconhecendo suas capacidades de mobilizações, de seus papéis no funcionamento da rede, da importância do controle social, do protagonismo e dos espaços de micropolítica (FILIPPON; KANTORSKI, 2012).

O próprio SUS nasce justamente de mobilizações coletivas em meados da década de 70, entre as quais está o movimento sanitário que defendia propostas de uma saúde universal com caráter igualitário. Com o processo de redemocratização do país o SUS se incorpora na Constituição Federal de 1988 como um direito à saúde, rompendo com

uma lógica meritocrática na qual somente os trabalhadores formais tinham direito de alguma assistência. O SUS se organiza segundo diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação social (MENICUCCI, 2014).

A reorientação do cuidado no campo da saúde mental também tem em sua base mobilizações sociais e profissionais nas décadas de 70 e 80 contra um tratamento que era exclusivamente manicomial, violento e excludente, dando início à Reforma Psiquiátrica. Culminou na aprovação da Lei 10.216/2001 que embasou os direitos das pessoas que necessitam de tratamento para o sofrimento psíquico e direcionou o cuidado para os serviços extra-hospitalares (BRASIL, 2005).

Experiências de desinstitucionalização, de abertura de CAPS e NAPS foram acontecendo ao longo dos anos 80 e 90. Portarias foram sendo publicadas, possibilitando financiamentos e o fortalecimento da rede extra-hospitalar. Leis estaduais iam substituindo gradativamente os leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental (AMARANTE, 1995, BRASIL, 2005).

Desde a abertura do primeiro CAPS em 1987 houve uma expansão anual de CAPS pelo país. Em 1998 eram 148 CAPS e, em 2011, 1742 unidades (BRASIL, 2015b).

Até 2010 os CAPS eram os serviços estratégicos de desinstitucionalização, estavam no centro da rede de saúde. A Portaria n. 4.279/2010 traz novas diretrizes de organização para esta rede, criando a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Insere a AB no centro da comunicação da RAS com papel chave na coordenação do cuidado (BRASIL, 2010a).

Em 2011 uma pactuação tripartite priorizou algumas redes temáticas para o enfrentamento de vulnerabilidades e acometimentos das populações. Uma das priorizações foi a RAPS (MENICUCCI, 2014).

Assim, a Portaria 3088/2011 instituiu a RAPS para o cuidado às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no SUS. A RAPS foi reformulada pela Portaria de Consolidação n.3/2017, tendo como configuração atual os seguintes componentes: Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Estratégias de Reabilitação Psicossocial. Em cada um dos componentes estão inseridos os pontos de atenção, como se descreve no quadro abaixo (BRASIL, 2011c; 2017b).

Entre outras diretrizes da RAPS, está a equidade e o reconhecimento dos determinantes sociais da saúde, a garantia de acesso

a um cuidado integral com qualidade focado numa assistência multidisciplinar e nas necessidades das pessoas com diversificação de estratégias terapêuticas organizadas por um projeto terapêutico singular, a oferta de atividades territoriais com inclusão social e desenvolvimento da autonomia e de estratégias de redução de danos (BRASIL, 2011c; 2017b).

Tem como objetivo ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, das pessoas e familiares com sofrimento psíquico e problemas decorrentes do uso de substâncias aos pontos de atenção e garantir a articulação da rede a partir do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011c, 2017b).

Baseando-se nos pontos previstos na Portaria de Consolidação n. 3/2017, o município em que a pesquisa se desenvolve tem a seguinte configuração:

Quadro 1 – Rede de Atenção Psicossocial do Município Pesquisado:

I –Componente: Atenção Básica em Saúde		
Ponto de Atenção	Dimensionamento Atual	Preconizado
Unidades Básicas de Saúde	49 Unidades – 139 Equipes de Saúde da Família	Cada equipe de saúde da família deve ter uma população adscrita de 2.000 a 3.500 pessoas. São pontos também da Rede de Urgência e Emergência
Núcleo Ampliado de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB)	13 Equipes NASF I	NASF 1 realiza suas atividades vinculado a no mínimo 5 Equipes de Saúde da Família e/ou de Atenção Básica para populações específicas e no máximo 9
Consultório na Rua	1 equipe eCR	O parâmetro adotado é de uma eCR a cada oitenta a mil pessoas em situação de rua
Centro de Convivência e Cultura	1 unidade conveniada – Centro de Convivência Arco Íris - para espaços	

	de oficinas, incluindo as de geração de trabalho e renda	
II - Componente: Atenção Psicossocial		
Ponto de Atenção	Dimensionamento Atual	Preconizado
Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e drogas (CAPS Ad)	2 unidades	Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes
Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes (CAPSi)	1 unidade	Indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II)	1 unidade	Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes
CAPS AD III	Apenas projeto e estrutura física parcialmente pronta	Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de 150 mil habitantes
III - Componente: Atenção de Urgência e Emergência		
Ponto de Atenção	Dimensionamento Atual	Preconizado
SAMU 192	1 Base Central e 3 descentralizadas, sendo 2 em comodato com a Polícia Rodoviária	Os pontos de Atenção de Urgência e Emergência são responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado das situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	2 unidades	
Portas Hospitalares de Atenção à Urgência/Pronto Socorro em Hospital Geral	Hospital Universitário, Hospital Governador Celso Ramos, Hospital Florianópolis (nenhum de gerenciamento municipal)	
Unidades Básicas de Saúde	49 Unidades Básicas de Saúde	

IV - Componente: Atenção Residencial de Caráter Transitório		
Ponto de Atenção	Dimensionamento Atual	Preconizado
Unidade de acolhimento infanto-juvenil e adulto	Apenas projeto	UA infanto-juvenil indicada a municípios com população igual ou superior a 100.000 habitantes, a adulto igual ou superior de 200.000 habitantes
Serviços de Atenção em Regime Residencial	60 vagas contratadas em Comunidade Terapêutica	Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas: serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
V - Componente: Atenção Hospitalar		
Ponto de Atenção	Dimensionamento Atual	Preconizado
Leitos em Saúde Mental em Hospital Geral / Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral	Aguardando abertura da Unidade de Referência em Hospital Universitário	
Hospital Psiquiátrico Especializado	Convênio com Instituto de Psiquiatria (IPQ)	
VI - Componente: Estratégias de Desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:		
Ponto de Atenção	Dimensionamento Atual	Preconizado
Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)	Não há no município, quando necessário faz-	Moradias inseridas na comunidade destinadas a

	se contratação de instituição congênera	acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros
VII - Componente: Estratégias de Reabilitação Psicossocial:		
Ponto de Atenção	Dimensionamento Atual	Preconizado
Iniciativas de trabalho e geração de renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais. Inclui o Programa de Volta para Casa (PVC) para pessoas egressas de longas internações	Oficinas no Centro de Convivência Arco-Íris	As ações de caráter intersetorial destinadas à reabilitação psicossocial desenvolvidas em iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais

Fonte: Site da Secretaria Municipal de Saúde - 2016 (informações atualizadas a partir de dados coletados em 2017 no Departamento de Atenção Psicossocial, na Gerência de Atenção Primária e na Gerência de Atenção Especializada da Secretaria Municipal de Saúde).

3.2 Cuidado Integral à Pessoa em Sofrimento Psíquico

O ato de cuidado, compreendido como o eixo norteador da assistência sofreu mudanças, especialmente no campo da saúde mental. A reorientação do modelo em saúde mental abriu espaço para diferentes tecnologias psicossociais de cuidado, de um padrão biomédico para da interdisciplinaridade (BALLARIN; CARVALHO; FERIGATO, 2009).

Por muito tempo prevaleceu o cuidado biomédico o qual foca num olhar objetivo da pessoa em busca de sinais e sintomas que esclareçam um diagnóstico. Esta maneira de cuidar sempre defendeu um distanciamento entre o profissional e o sujeito que é cuidado. Contudo, este distanciamento objetivo não elimina a mobilização subjetiva do profissional e paciente durante o ato de cuidar, já que a subjetividade sempre está presente (LANCMAN; UCHIDA, 2003, GUEDES; NOGUEIRA; CAMARGO Jr., 2006).

Ao mesmo tempo este distanciamento impacta a potencialidade do cuidado, visto que este é construído a partir de uma relação pela

convivência articulada ao dia a dia que inclua uma postura acolhedora por parte dos profissionais. É um caminho de mão dupla entre trabalhadores e usuários em que o acolhimento é a estratégia que afirma ao sujeito que o serviço é sua referência diante do seu sofrimento (BALLARIN; CARVALHO; FERIGATO, 2009).

Ao se propor um cuidado sob a perspectiva do modelo psicossocial evoca-se uma aproximação das subjetividades, onde o cuidado começa com o estabelecimento do vínculo. Não há como se construir vínculo sem afeto, sem fazer-se próximo do outro. “[...] Vínculo implica no envolvimento e no encontro de sujeitos e de subjetividades” (CUNHA, 2009, BALLARIN; CARVALHO; FERIGATO, 2009, p. 221).

Neste movimento várias questões antes negadas, mas não ausentes, passam a emergir, pois escutar e se aprofundar no sofrimento do outro mobiliza no profissional uma série de sentimentos e angústias. Situações complexas não são raras e geram comportamentos de distanciamento por parte dos profissionais, prejudicando a relação de cuidado (BALLARIN; CARVALHO; FERIGATO, 2009, p. 220, CAMPOS; GUERRERO, 2010).

A complexidade do sofrimento psíquico suscita nos profissionais vários sentimentos e sensações de desamparo. O compartilhamento do cuidado, experiências e saberes entre as equipes minimiza as fragilidades e maximiza a assistência. Para este compartilhamento é necessário um arranjo que contemple uma comunicação transversal entre profissionais, equipes e serviços, praticando-se a clínica ampliada e a multidisciplinaridade (BELMINO, 2015).

O processo de cuidado é um campo relacional que aciona ações transversais nas redes intrasetorial e intersetorial, objetivando a integralidade do cuidado. O cuidado integral se alicerça em três condições fundamentais, o acesso, a responsabilização e a autonomia. Pelo acesso se garante a entrada de todo o cidadão no sistema e pela responsabilização se constrói o vínculo e a resolutividade. A autonomia é o produto deste cuidado, desde que a produção deste cuidado respeite a singularidade e a cidadania de quem é cuidado, evitando sua tutelação ou alienação (MEDEIROS, 2015). Inclui uma opção de política de saúde e boas práticas dos profissionais, pois abarca o ato de acolher, estabelecer vínculo e se responsabilizar diante do problema de saúde da pessoa (PESSÔA; SANTOS; TORRES, 2011).

A perspectiva da integralidade nas situações de sofrimento psíquico implica uma visão ampliada do processo de adoecimento,

evitando-se o reducionismo à doença para se entender o sofrimento como a expressão de uma subjetividade que traz uma vivência e reflete uma existência-sofrimento. A organização do processo de trabalho a partir das demandas do sujeito, baseada numa assistência multidisciplinar e no projeto terapêutico singular, terá mais possibilidade de alcance da integralidade (FRANCO; MAGALHÃES JR., 2004; CASTRO; PEREIRA, 2011; COSTA-ROSA, 2013).

O processo de trabalho para produção de saúde engloba uma série de arranjos, desde os ligados aos instrumentos e conhecimentos técnicos, até aos inerentes ao campo das relações. As tecnologias leves estão ligadas ao campo relacional e norteiam a forma de agir entre sujeitos, trabalhadores e usuários, individuais e coletivos. As tecnologias duras são os instrumentos estruturados para produção de certos produtos da saúde. O conhecimento técnico associado ao modo singular que cada profissional o aplica para produzir o cuidado é a tecnologia leve-dura (MERHY; FRANCO, 2003).

O trabalho em saúde é sempre relacional, pois depende de ‘trabalho vivo’ em ato, que é o trabalho no momento em que este está produzindo (MERHY; FRANCO, 2003).

O cuidado integral que se inicia pelo ato de acolher, vincular-se e se responsabilizar, produz um projeto terapêutico focado nas necessidades do sujeito, disparando uma Linha de Cuidado (LC). A LC vai comandar a comunicação intra e intersetorialmente (PESSÔA; SANTOS; TORRES, 2011, COSTA-ROSA, 2013).

Linha de Cuidado é a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, a fim de atender às suas necessidades de saúde. É como se ela desenhasse o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde, incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social (PESSÔA; SANTOS; TORRES, 2011, p. 21).

A rede intrassetorial é composta pelos serviços de saúde em suas diferentes densidades tecnológicas, os quais devem se integrar por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscando a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010a).

A rede intersetorial compreende os serviços com os quais o SUS deve dialogar, incluindo as demais políticas públicas, como assistência

social, educação, justiça e direitos humanos, entre outras. Engloba também as organizações da sociedade civil como ONGs, centros de ensino e pesquisa, instituições religiosas, lideranças comunitárias, associações, comissões, comitês, conselhos, entre outros (BRASIL, 2010a).

Assim, considerando os instrumentos que compõem um cuidado integral e acionam uma LC, é necessário trazer o embasamento sob a perspectiva da PNH/SUS.

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH/SUS) se harmoniza com a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), compartilhando várias concepções. Ela traz para a PNSM uma complementação ao descrever diversas tecnologias e estratégias necessárias para o alcance de um cuidado integral sob a ótica da estratégia atenção psicossocial (EAP).

3.3 Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (PNH/SUS)

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (PNH/SUS) não só compartilha de uma mesma base teórico-filosófica/doutrinária da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) como também traz diretrizes para o cuidado integral, como o acolhimento, o vínculo e a responsabilização (PESSÔA; SANTOS; TORRES, 2011; FILIPPON; KANTORSKI, 2012).

Ambas as políticas vêm “[...] transformar relações e modos de existir, desestabilizando fronteiras de saberes, territórios de poder e modos instituídos de constituição de processos de trabalho em saúde” (BRASIL, 2015a, p. 199).

A reflexão teórico-filosófica das duas políticas vem responder às contradições do sistema público, unindo-as no diálogo. (FILIPPON; KANTORSKI, 2012)

A PNH vem embasar as práticas de gestão e cuidado propostas pela PNSM, enfatizando o respeito à subjetividade presente nas relações. É uma ferramenta para o avanço nos processos de cuidado em saúde. Traz várias práticas que visam concretizar os princípios básicos do SUS, focando nas relações democráticas. Enfatiza um cuidado centrado na tecnologia relacional, assim com a PNSM (FILIPPON; KANTORSKI, 2012, BELMINO, 2015).

A humanização como é entendida pela PNH vai diretamente ao encontro do modelo psicossocial de cuidado proposto pela PNSM.

Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2010C, p. 8).

Na atenção psicossocial o cuidado passa a ser territorial, comunitário e numa rede de serviços extra-hospitalares por meio de uma equipe multidisciplinar que compartilha a responsabilidade do cuidado. O acesso se dá pela proposta do acolhimento o qual prevê uma postura capaz de estabelecer um vínculo, uma responsabilização pelo cuidado, comprometendo-se na resolução das demandas.

O cuidar é uma atitude de comprometimento, é a capacidade de responder às demandas e de trazer para si a responsabilidade. O ponto central do cuidado deve ser o fortalecimento dos laços entre o sujeito, serviço e o território (BARROS; OLIVEIRA; SILVA, 2007).

A Linha de Cuidado dá um norte para a rede, corresponsabilizando as diferentes equipes envolvidas no cuidado, minimizando os encaminhamentos desnecessários ou descomprometidos, possibilitando uma maior resolutividade. Encaminhamentos sem o esgotamento das possibilidades diagnósticas da rede básica e sem as informações e investigações necessárias revelam um trabalho sem solidariedade entre os profissionais da rede e uma falta de responsabilização no cuidado (FRANCO e MAGALHÃES JR., 2004).

Considerando o aparato tecnológico imbricado no processo de cuidado, a Linha de Cuidado complementa o processo de cuidar, enquadrando-se como uma tecnologia dura que, somando-se às tecnologias leve e leve-duras proporciona uma maior capacidade técnica e clínica dos profissionais. “A Linha de Cuidado integral é definida por normas e ações no cotidiano do processo de trabalho pactuado e construída de maneira coletiva [...]” São diretrizes da Linha de Cuidado o acolhimento, o vínculo e a responsabilização (PESSÔA; SANTOS; TORRES, 2011, p.22).

O acolhimento, o vínculo e a corresponsabilização são dispositivos que se enquadram nas tecnologias leves, sendo as mais relevantes no campo do cuidado psicossocial (ZEFERINO et al, 2016).

As diretrizes que compõem a Linha de Cuidado são as linhas-guias da PNH/SUS, onde o acolhimento é uma postura que aproxima o serviço da população, democratiza o acesso e as relações, constrói o vínculo e a cooperação, unindo redes com responsabilidades mútuas (BRASIL, 2010C, FILIPPON; KANTORSKI, 2011).

O acolhimento é uma postura de ser e não deve ser entendido somente como um espaço de triagem. Perpassa todas as atividades de cuidado, indo para o campo relacional porque se propõe a um comportamento humanizado para com o outro. A capacidade de acolher deve dar certeza ao usuário que o serviço está disponível e é sua referência (SILVEIRA; VIEIRA, 2005).

Sendo uma postura humanizada de se importar com o outro, mostrando-se comprometido, o vínculo se estabelece.

É necessário que os trabalhadores estabeleçam Vínculo com os usuários, a fim de acompanhar seus processos por dentro da rede, e se responsabilizem, procurando facilitar o seu “caminhar na rede” para atendimento às suas necessidades de saúde. Para que isso ocorra é necessário organizar os processos de trabalho, isto é, o modo como cada um trabalha, para que estas diretrizes se tornem rotina nas práticas dos profissionais. O processo de trabalho é a chave da questão, porque é através dele que se produz o cuidado aos usuários (PESSÓA; SANTOS; TORRES, 2011, p.22).

O ato de acolher deve estar presente em todos os momentos de encontro. A consequência disto é o fortalecimento de um vínculo terapêutico. Este é o resultado concreto das relações. O que nasce deste convívio mantém as pessoas mais sensíveis para as necessidades alheias (BRASIL, 2015a).

... a riqueza dos pequenos momentos do cotidiano na construção dos vínculos e na consolidação da prática de valores fundamentais do convívio: carinho, amor, gentileza, cooperação, respeito e solidariedade. Essa descoberta pode começar no próprio atendimento e na relação do profissional com a família (BRASIL, 2010b, p. 8).

Este encontro possibilita a construção do cuidado baseada nas necessidades do outro, na escuta da pessoa em sofrimento psíquico, construindo-se possibilidades terapêuticas com o sujeito por meio do Projeto Terapêutico Singular (PTS). A Linha de Cuidado “[...] funciona

com base nos Projetos Terapêuticos, ou seja, o que queremos dizer é que o Projeto Terapêutico aciona a Linha de Cuidado Integral” (PESSÔA; SANTOS; TORRES, 2011, p. 23).

Projeto Terapêutico é o conjunto de atos assistenciais pensados para resolver determinado problema de saúde do usuário, com base em uma avaliação de risco. O risco não é apenas clínico, é importante enfatizar isto, ele é também social, econômico, ambiental e afetivo, ou seja, um olhar integral sobre o problema de saúde vai considerar todas estas variáveis na avaliação do risco. Com base no risco é definido o Projeto Terapêutico e a partir dele o trabalhador de saúde vai orientar o usuário a buscar na rede de serviços os recursos necessários ao atendimento à sua necessidade (PESSÔA; SANTOS; TORRES, 2011, p. 23).

Com a Linha de Cuidado Integral organizada, o serviço de saúde opera centrado nas necessidades dos usuários, e não mais na oferta de serviços, o que geralmente limita o acesso (PESSÔA; SANTOS; TORRES, 2011, p. 23).

Portanto, a discussão acerca dos preceitos da PNH/SUS está diretamente ligada à qualificação do cuidado em saúde mental, pois traz ferramentas e estratégias para a atenção psicossocial proposta pela PNSM.

As mudanças propostas pela PNSM são modificações no modelo tecno-assistencial. Estas mudanças dependem muito menos de normas gerais e mais da produção da saúde, que se dá no espaço da micropolítica de organização dos processos de trabalho. Esse espaço sofre confluências de interesses diversos (MERHY; FRANCO, 2003).

A produção da saúde está associada a um conjunto que unifica processos e tecnologias de trabalho a um modo de agir e ofertar produtos e deles obter resultados capazes de melhorar a situação de saúde das pessoas. A conjugação do campo do saber com a prática da clínica é a alavanca para o alcance da produção da saúde. Este processo é a Composição Técnica do Trabalho (CTT) (MERHY; FRANCO, 2003).

Na CTT estão inclusos o trabalho vivo (TV) e o morto (TM). O trabalho morto se relaciona com os instrumentos, onde houve um trabalho progresso de construção. O trabalho vivo é o relacional, é o trabalho em ato, está no campo das tecnologias leves (MERHY; FRANCO, 2003).

O cuidado na perspectiva da atenção psicossocial prevê uma hegemonia entre o trabalho vivo e o morto. Quando a assistência está centrada no trabalho vivo a produção de cuidado acontece em todo encontro, com implicação mútua entre profissional e sujeito por meio do acolhimento, vínculo e responsabilização. Mesmo que o cuidado necessite de insumos de alta tecnologia, a hegemonia do trabalho vivo persiste quando a assistência é centrada nas necessidades da pessoa e o trânsito da pessoa na rede se dá por linhas de cuidado que garantam a integralidade. Este caminhar na rede deve ser acompanhado pela eSF a partir de um Projeto Terapêutico construído com a pessoa (MERHY; FRANCO, 2003).

Desta forma, ficam colocados os desafios de integrar a rede e de sensibilizar as equipes para o uso das tecnologias relacionais, de forma que o cuidado para a pessoa em sofrimento psíquico seja qualificado. Os profissionais ainda têm dificuldades de ofertar um cuidado baseado nestas tecnologias, na incorporação do acolhimento, do vínculo e da corresponsabilização em suas rotinas, especialmente no cuidado às pessoas em situação de sofrimento psíquico (ZEFERINO et al, 2016).

3.4 Apoio Matricial para as Situações de Sofrimento Psíquico

A reorientação do modelo de cuidado anteriormente hospitalocêntrico para os serviços extra-hospitalares insere o território como ponto central de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico. Traz também alguns desafios para os profissionais, principalmente após o Decreto 7.508/2011 e a Portaria 3.088/2011, pelas quais as Unidades Básicas de Saúde (UBS) passam a ocupar lugar central na RAPS. Em 2008 os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) são criados para, entre outros objetivos, ampliar o escopo e resolutividade da AB no campo da saúde mental (BRASIL, 2010d; CHIAVERINI, 2011).

Na RAPS as UBS compõem dois componentes, componente da Atenção Básica, junto do NASF, e da Atenção de Urgência e Emergência. Com isso, a AB assume um papel primordial no cuidado às situações de sofrimento psíquico, incluindo as decorrentes do uso de substâncias psicoativas (SPA), bem como as crises e urgências em saúde mental. A AB deve desenvolver tanto ações de promoção da saúde mental como atuar no cuidado e prevenção dos transtornos mentais, inclusive de redução de danos, compartilhando cuidados com outros pontos da rede sempre que necessário (BRASIL, 2017b).

Por isso é fundamental fortalecer a relação entre AB com profissionais do Núcleo Ampliado de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) e dos CAPS (LIMA e DIMENSTEIN, 2016).

Os NASF são compostos por profissionais de diversas categoriais que desenvolvem apoio matricial para equipes de referência na AB. O apoio matricial (AM) é um suporte técnico especializado realizado por uma equipe interdisciplinar em saúde e possui três dimensões: assistencial e técnico-pedagógico. A dimensão clínica produz ação clínica direta com os usuários, e a ação técnico-pedagógica é de apoio educativo com os profissionais. As dimensões devem misturar e não se excluírem (BRASIL, 2010d; CHIAVERINI, 2011).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 reformula o nome dos NASF para Núcleo Ampliado de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), definindo-o como uma equipe multiprofissional e interdisciplinar complementar às equipes que atuam na AB com suporte clínico, sanitário e pedagógico aos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB). Seu acesso à população deve ser regulado pelas equipes da AB, conforme as necessidades (BRASIL, 2017a).

Entre algumas competências do Nasf-AB estão as discussões de caso, o atendimento individual ou compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente em saúde, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais de todos os ciclos de vida e da coletividade, além do contato à distância com uso das tecnologias de comunicação (CHIAVERINI, 2011; BRASIL, 2017a).

A PNAB recomenda a implementação de processos na AB que aumentem a capacidade clínica das equipes e a comunicação entre UBS e atenção especializada, como pactuações de fluxos e protocolos, AM presencial e/ou à distância, e outros (BRASIL, 2017a).

O AM é uma estratégia do SUS e da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) para potencializar a resolutividade da RAPS, ampliar a corresponsabilização entre os componentes da rede e alcançar a integralidade do cuidado, especialmente das equipes da AB, sendo de responsabilidade do Nasf-AB e dos CAPS o apoio matricial especializado aos profissionais do território. A RAPS não pode avançar sem a incorporação da AB como estratégia central no cuidado da saúde mental, pois está em um espaço privilegiado para as situações de sofrimento psíquico devido sua proximidade com o cotidiano da vida das pessoas e possibilidade de atuação em espaços que a vida circula,

podendo ter estratégias potentes de cuidado territorial (LIMA; DIMENSTEIN, 2016).

Para ser o mais potente possível, o AM deve responder às necessidades e especificidades locais, sendo uma alternativa à integralização dos saberes e práticas de cuidado (OLIVEIRA, 2011). Deve integrar saúde mental e saúde geral, evitando-se a hiperespecialização (OMS, 2010). O apoio técnico dos especialistas deve fomentar a inversão do modelo biomédico hegemônico que fragmenta o cuidado e gera encaminhamentos excessivos para a atenção psicossocial que prioriza a clínica ampliada e a corresponsabilização (MORAIS; TANAKA, 2012). Ainda, deve regular o fluxo entre os níveis de atenção da RAPS, racionalizando o acesso e o uso dos recursos especializados (CAMPOS e DOMINITTI, 2007).

O matriciamento pelas equipes dos CAPS proporciona o rompimento com ações institucionalizantes, intramuros e altamente especializante (YASUI; COSTA-ROSA, 2008). A dificuldade dos CAPS em interagir com o território é um fenômeno amplo. Tendem a se encapsular e deixar de reconhecer um tecido vivo lá fora, ambulatorizando-se e atuando apenas como “preenchimento” da AB. A lógica deve ser o da interação e não da substituição (LIMA; DIMENSTEIN, 2016).

As discussões de caso qualificam a avaliação e a classificação de risco, refletindo diretamente na regulação dos fluxos e na prevenção do acionamento desnecessário dos recursos (MINOZZO; COSTA, 2013).

Neste sentido, ampliar os espaços de discussão de casos e AM oportuniza maior segurança aos profissionais, mais agilidade e qualificação dos encaminhamentos e dos seguimentos. O matriciamento impacta na capacidade de manejo das situações de sofrimento psíquico pelas equipes de referência, incluindo as crises, especialmente da AB, com fortalecimento da corresponsabilização e da ampliação das ofertas territoriais de cuidado (OLIVEIRA, 2011; LIMA; DIMENSTEIN, 2016).

4 ASPECTOS METODOLÓGICOS

4.1 Caracterização da Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa convergente-assistencial (PCA). Esta metodologia tem como base a pesquisa-ação, especialmente a pesquisa-ação participante, na qual todas as pessoas da pesquisa estão envolvidas ativamente no processo, objetivando mudança da prática ao longo da investigação-ação. Na pesquisa-ação se planeja, “[...] implementa-se, descreve-se e avalia-se uma mudança para a melhora de sua prática, aprendendo mais, no correr do processo, tanto a respeito da prática quanto da própria investigação” (TRENTINI; PAIM, 2004, TRIPP, p. 447, 2005).

A PCA se caracteriza pela abordagem qualitativa, pois inclui variáveis subjetivas entre pesquisador e os participantes da pesquisa, podendo incluir técnicas de coleta e análise de dados quantitativos (TRENTINI; PAIM, 2004).

A pesquisa convergente-assistencial sempre requer participação ativa dos sujeitos da pesquisa: está orientada para a resolução ou minimização de problemas na prática ou para a realização de mudanças e ou introdução de inovações nas práticas de saúde o que poderá levar à construções teóricas; portanto a pesquisa convergente é compreendida e realizada em articulação com as ações que envolvem pesquisadores e demais pessoas representativas da situação a ser pesquisada numa relação de cooperação mútua (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 24).

O tema da pesquisa-ação deve emergir da realidade assistencial, devendo ser do interesse de todas as pessoas envolvidas na solução dos problemas e nas mudanças a serem promovidas na prática assistencial. Prevê a inserção do pesquisador no meio e a participação dos indivíduos investigados para a produção de conhecimento. Tem um caráter participativo porque há uma interação entre pesquisador e membros representativos da situação investigada, sendo centrada na intervenção planejada das pessoas em uma dada prática e realidade. Esta interação prevê o envolvimento do pesquisador e membros tanto na elucidação dos problemas quanto na proposição de soluções. Há uma dimensão ativa do método que se caracteriza pelo planejamento das ações e

avaliação dos resultados (TRENTINI; PAIM, 2004; TERENCE; ESCRIVÃO FILHO, 2006).

A pesquisa-ação possui as seguintes características: estar articulada com o processo assistencial, ser inovadora, contínua, pró ativa estrategicamente, participativa, intervencionista, problematizada, deliberada, documentada, compreendida e disseminada. “A principal característica da PCA consiste na sua articulação intencional com a prática assistencial” (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 36; TRIPP, 2005).

A PCA se compromete com a assistência, pois o pesquisador cuida enquanto pesquisa, estreitando a relação entre a prática do cuidado e a prática da pesquisa. O pesquisador se coloca em compromisso com a construção de um conhecimento enquanto renova as práticas assistenciais. Esta aproximação e afastamento entre o saber-fazer assistencial permitem que informações obtidas na pesquisa influenciem a prática e as da prática alimentem os questionamentos da pesquisa. Há, portanto, um movimento crítico (TRENTINI; PAIM, 2004).

O pesquisador é um profissional da área da saúde que atua no local pesquisado e tem uma expertise na temática estudada. A pesquisa tem como finalidade última a mudança da prática com introdução de inovações no contexto assistencial, especialmente tecnologias de cuidado (leves, leve-duras e duras) e novas teorias. Assistência e pesquisa se inter cruzam, promovendo leituras e descoberta de fenômenos, conforme os atributos da PCA: imersibilidade que é a imersão do pesquisador na assistência, simultaneidade que prevê o inter cruzamento da pesquisa e assistência, expansibilidade com a qual os objetivos iniciais se ampliam e a dialogicidade entre assistência e pesquisa em que as informações de uma e outra se afetam (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2017).

4.2 Fases da pesquisa

Há etapas para a pesquisa-ação, iniciando-se pela sensibilização dos indivíduos ou grupo, aprofundamento na pesquisa dos problemas, proposta coletiva de ação, busca de soluções ou mudanças e avaliação (TRENTINI; PAIM, 2004, TERENCE; ESCRIVÃO FILHO, 2006).

A PCA se dá através das seguintes etapas: concepção, instrumentação, perscrutação, análise. “Cada fase compõe um sub-processo com vários passos consecutivos e inter-relacionados não necessariamente de forma linear” (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 37).

4.2.1 Fase de Concepção

A fase da concepção é o momento de reflexão sobre a prática, de se fazer um diagnóstico por meio de conversas com pessoas da área, em contato com a assistência e com a bibliografia. Os problemas são levantados por um grupo que vivencia as mesmas dificuldades na assistência. É um período de sensibilização dos envolvidos, pois mudanças no contexto da prática só acontecem se a mentalidade das pessoas se modifica, por isso é importante envolvê-las no processo desde o início. Momento de definição do propósito da pesquisa, da questão guia e dos objetivos. Busca-se material e se constrói a revisão de literatura, a qual segue até final da pesquisa (TRENTINI; PAIM, 2004).

Nesta fase são formuladas abstrações mentais, as definições e delimitações, estabelecidas as inter-relações, argumentações e contextualizações (TRENTINI; PAIM, 2004).

O último semestre de 2016 e meados de 2017 foram momentos de imersão no campo de pesquisa e coincidiram com o período de inserção na gestão da Secretaria de Saúde. Estes momentos possibilitaram um diagnóstico da rede, o qual se complementou e se confirmou com as discussões desencadeadas com a pesquisa-ação. Esta imersão aconteceu durante a participação em vários espaços dos assessores técnicos da Gerência de CAPS em reuniões distritais de saúde mental, reuniões de equipes nos CAPS, reuniões de coordenadores de CAPS, reuniões intersetoriais, reunião do comitê para monitoramento e acompanhamento da política para população de rua, no gerenciamento e respostas das demandas judiciais e do Ministério Público e em visitas às unidades de saúde para compartilhamento e discussões de casos complexos.

As observações feitas nestes espaços demonstraram a dificuldade da rede em ofertar um cuidado integral e corresponsável às pessoas em sofrimento psíquico, com numerosos encaminhamentos aos especialistas sem esgotamento dos recursos territoriais, encaminhamentos sem avaliações adequadas, ausência de orientações técnicas para o apoio matricial, de fluxos e competências pactuadas entres os serviços com prejuízo da comunicação entre os pontos da rede.

Com a troca da gestão municipal em 2017 houve uma nova configuração dos setores da secretaria de saúde. O que era Gerência de CAPS passou para Departamento de Atenção Psicossocial (DAP). Isto permitiu que se ampliasse a governabilidade técnica do departamento,

expandindo-se para toda a RAPS do município. Com isto, o Departamento iniciou um planejamento que desencadeou a pesquisa em curso, objetivando a integração da rede para o cuidado da pessoa em sofrimento psíquico.

A sensibilização de diferentes atores envolvidos nos processos de mudança foi a primeira estratégia. Ela foi importante para promover uma reflexão conjunta sobre a rede e sobre as necessidades organizacionais para o alcance da integralização dos pontos da RAPS, estimulando-os à construção coletiva das soluções. As discussões em diferentes espaços da assistência e gestão possibilitou um retrato mais fiel acerca das fragilidades e potencialidades da prática. “A própria mudança de mentalidade da equipe é intencionalidade de qualquer projeto de PCA, no entanto, os objetivos do projeto podem ir além desse benefício” (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 40).

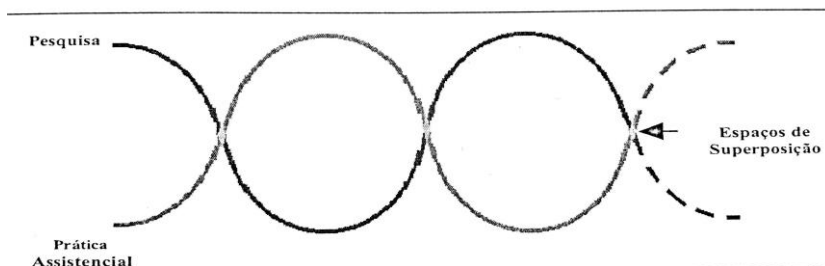
4.2.2 Fase de Instrumentação

Momento das decisões metodológicas que incluem a escolha do espaço da pesquisa, dos participantes e das técnicas de obtenção e análise das informações (TRENTINI; PAIM, 2004).

Devido ao movimento de aproximação e distanciamento entre a prática, as decisões metodológicas devem respeitar e contemplar o modo de vida social do grupo envolvido na pesquisa. O desenho da pesquisa deve ser um processo que flua junto da prática, não em paralelo, conforme a figura abaixo (TRENTINI; PAIM, 2004).

Figura 2 - Representação dos movimentos de aproximação e distanciamento dos pesquisadores entre a assistência e a pesquisa:

Movimentos de aproximação, de distanciamento e de convergência da pesquisa e da prática assistencial, formando espaços de superposição destas atividades



Fonte: TRENTINI; PAIM, 2004.

A partir da sensibilização de diferentes atores iniciadas na fase de concepção, organizou-se um espaço de conversa quinzenal entre os coordenadores dos CAPS e assessores do Departamento com intuito de reconhecer os processos de trabalho, trocar experiências, identificar potencialidades e fragilidades da assistência. Paralelamente, foi-se promovendo outros espaços de discussão para diagnóstico da prática assistencial com outras categoriais profissionais e usuários do sistema, principalmente em reuniões de categoria (psicologia, serviço social, psiquiatria), reuniões das equipes dos CAPS, reunião de coordenadores dos CAPS e reuniões do comitê de monitoramento da política para a população de rua. Neste momento se iniciou a fase de instrumentalização.

Nesta etapa foram feitas as escolhas metodológicas da pesquisa. Definiu-se que os locais de discussões dos processos de trabalho seriam os espaços de coleta de informações para a pesquisa e incluíam gestores, trabalhadores dos CAPS, Nasf-AB, AB e usuários. Optou-se pela observação participante destes espaços, registrando-se informações por meio de escrita telegráfica (anotações das expressões-chaves), registros de ideias, dúvidas, problemas e diagnósticos.

Espaços que estiverem ligados ao processo a ser pesquisado e onde as relações sociais inerentes à pesquisa ocorrem podem ser utilizados para coleta de informações (TRENTINI; PAIM, 2004).

A pesquisa convergente-assistencial constitui, por si só, um espaço social, pois lá há presença de pessoas engajadas em atividades de saúde tais como trabalhadores de saúde, clientes, familiares e outros; portanto o espaço físico é aquele, onde foi identificado o problema a ser solucionado [...] (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 74).

A PCA não segue critérios para escolha dos participantes da pesquisa, valoriza a representatividade que puder contribuir com a profundidade e diversidade das informações, trazendo todas as dimensões do problema. Não são meros informantes, mas participantes do estudo por meio de sugestões e críticas, validando ou divulgando os resultados de outras formas. A amostra geralmente é pequena, já que a pesquisa e assistência se articulam e a representatividade deve estar de acordo com o espaço assistencial (TRENTINI; PAIM, 2004).

4.2.2 Fase de Perscrutação

Envolve as estratégias de obtenção de informações e prevê entrevistas, observação e observação participante. As informações são registradas por meio de diário, escrita telegráfica (anotações das expressões-chaves) e registros de ideias, dúvidas, problemas, diagnósticos, entre outros (TRENTINI; PAIM, 2004).

O método convergente-assistencial “[...] aglomera vários métodos, estratégias e técnicas destinados a obter informações para a pesquisa convergente [...]” (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 76).

A diferença entre PCA e demais tipos de pesquisa reside, principalmente, no seu propósito, na forma de escolher o tema e na maneira de conduzir o processo de pesquisa. Esse tipo de pesquisa não estabelece técnicas específicas de coleta e análise de informações, aceita técnicas baseadas nos mais variados paradigmas da ciência, desde que sejam conduzidos de maneira a observar os principais critérios da pesquisa convergente-assistencial que são: ter como propósito a resolução ou minimização de problemas, sejam de natureza prática ou teórica; introduzir inovações no campo da prática, ser desenvolvida concomitantemente com o trabalho do pesquisador, ou o pesquisador se envolver no trabalho do contexto assistencial da pesquisa, envolver de maneira participativa as pessoas investigadas e reconhecer dados obtidos no processo da prática assistencial como dados da pesquisa (TRENTINI; PAIM, p 40).

A articulação da PCA com a prática ocorre principalmente durante a coleta de informações quando os participantes da pesquisa (pesquisadores e componentes da amostra) se envolvem na assistência da pesquisa. (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 26).

Para início desta fase e munida do Parecer número 924.432/2014, aprovado pelo Comitê de Ética da UFSC, iniciou-se fomentando e participando de discussões, articulação de espaços de trocas e coleta de informações.

A coleta das informações aconteceu em vários espaços de discussão do processo de cuidado na RAPS, como reunião de categoria

profissional (psicologia, serviço social, psiquiatria), reuniões entre setores da gestão, reuniões de equipes dos CAPS, grupo de trabalho com coordenadores dos CAPS, grupos de trabalho das categorias (psicologia e serviço social), grupo de trabalho para a construção de fluxos para a população de rua (usuários, profissionais e gestão) e reunião do comitê de monitoramento da política para a população em situação de rua. Também em espaços da assistência, especialmente em momentos de atendimento conjunto com as equipes da Atenção Básica, da assistência social e atendimentos nos CAPS. A partir da observação participante, foi-se registrando informações pela escrita telegráfica, anotações, dúvidas, ideias, soluções, entre outras. Estas informações permitiram um diagnóstico de como a pessoa em sofrimento psíquico estava sendo cuidada na rede, apontaram fragilidades e potencialidades da RAPS, direcionaram a organização do apoio matricial e do conteúdo da Diretriz para o Cuidado Integral. Deram também subsídios para que os CAPS pudessem discutir seus processos de trabalho.

“A PCA implica no compromisso de beneficiar o contexto assistencial durante o processo investigativo, ao tempo em que se beneficia com o acesso franco às informações procedentes deste contexto” (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 28).

A PCA é aquela que mantém, durante todo o seu processo, uma estreita relação com a prática assistencial, com a intencionalidade de encontrar alternativas para solucionar ou minimizar problemas, realizar mudança e introduzir inovações na prática; portanto este tipo de pesquisa está comprometido com a melhoria direta do contexto social pesquisado (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 28).

4.2.3 Fase de Análise

A PCA não se restringe à narração da atividade assistencial, mas a uma investigação que enfatiza a subjetividade e o diálogo. A coleta segue simultaneamente à prática para oportunizar justamente a apreensão das diferentes facetas necessárias para a investigação. Estas características geram um arsenal de informações que exigem diferentes métodos e técnicas de análise. Pela quantidade e variedade de dados a análise requer um planejamento da análise antes do estudo iniciar (TRENTINI; PAIM, 2004).

Devido à natureza versátil da pesquisa convergente-assistencial, que abrange processos de assistência e de pesquisa, esta consiste num tipo de investigação propício para uso de métodos combinados na coleta e na análise das informações; portanto será viável a utilização de métodos qualitativos utilizados nos estudos etnográficos, nos estudos fenomenológicos e nos estudos de teoria fundamentada nos dados e outros (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 92).

Participando da prática, de diálogos e discussões sobre os processos de trabalho e assistência em espaços previamente definidos como de coleta de dados, passou-se a registrar por meio de anotações das expressões-chaves, registros de ideias, dúvidas, problemas e diagnósticos, um arsenal de informações. Após organizá-las, pode-se aproximá-las por temática em 3 eixos: Vínculo, Corresponsabilização e Resolubilidade. Algumas das informações estão citadas no quadro 2.

Estas informações permitiram um diagnóstico de como a pessoa em sofrimento psíquico estava sendo cuidada na rede, apontaram fragilidades e potencialidades da RAPS e nortearam a construção da Diretriz para o Cuidado Integral e as discussões do processo de trabalho nos CAPS.

Quadro 2 – Compilação das Informações Coletadas

VÍNCULO	CORRESPONSABILIZAÇÃO	RESOLUBILIDADE
Critérios para abandono e reinserção nos CAPS	Definir critérios para inserção no Nasf-AB e CAPS	Fortalecer reinserção social
Rediscutir distribuição do Nasf-AB	Definir fluxos de referência/contrareferência/retornos	Critérios para abandono e reinserção nos CAPS
Discutir a Política de Redução de Danos para a rede	Definir papéis das equipes	Fortalecer o matriciamento multidisciplinar
Discutir acesso aos serviços	Fortalecer a articulação intrarede e intersetorial	Discutir tempo de psicoterapia
Encaminhamentos precoces e	Esclarecer intensificação de cuidados	Pensar em atividades Coletivas

sem a devida avaliação e corresponsabilização		custo/benefício para os apoiadores/PICs/economia solidária
Pouca resolatividade no acolhimento	Esclarecer compartilhamento de cuidados	Discutir a Política de Redução de Danos para a rede
Qualificar os profissionais para avaliação em saúde mental	Fortalecer matriciamento multidisciplinar	Qualificar rede para atendimentos das crises/CAPS crise
VÍNCULO	CORRESPONSABILIZAÇÃO	RESOLUBILIDADE
Qualificar os profissionais para a escuta	Rediscutir distribuição do Nasf-AB	Educação permanente para a rede em cima de casos clínicos
	Discutir a Política de Redução de Danos para a rede	Proporcionar o trânsito dos profissionais entre os serviços
	Qualificar rede para atendimentos das crises/CAPS crise	Discutir acesso aos serviços
	Educação permanente para a rede em cima de casos clínicos	Pensar espaços resolutivos entre ESF/ Nasf-AB /CAPS
	Proporcionar o trânsito dos profissionais entre os serviços	Fluxos e acesso às questões da saúde do escolar
	Pensar espaços resolutivos entre ESF/ Nasf-AB/CAPS	Encaminhamentos precoces e sem a devida avaliação e corresponsabilização
	Definir fluxos e acesso às questões da saúde do escolar	Pouca resolatividade no acolhimento
	Encaminhamentos precoces e sem a devida avaliação e corresponsabilização	Qualificar os profissionais para avaliação em saúde mental
	Pouca resolatividade no acolhimento	Qualificar os profissionais para a escuta

	Qualificar os profissionais para avaliação em saúde mental	
	Qualificar os profissionais para a escuta	

Fonte: Elaborado a partir das informações coletadas nos espaços de coleta de dados

4.2.4 Fase de Interpretação

Engloba o processo de síntese, de teorização e transferência com o material codificado no processo de análise (TRENTINI; PAIM, 2004).

Na síntese se analisa subjetivamente as associações e variações das informações. Volta-se para as informações em profundo trabalho intelectual, rememorando o processo de trabalho e desenvolvendo conjecturas e relações. (TRENTINI; PAIM, 2004).

No processo de teorização o pesquisador conecta os dados extraídos da pesquisa a uma construção teórica. É necessária profunda pesquisa bibliográfica e da análise das informações, formulando pressupostos, temas, conceitos, questionamentos e conclusões a partir do que se reconheceu no processo de síntese (TRENTINI; PAIM, 2004).

A transferência inclui a significação dos dados encontrados e sua contextualização em processos semelhantes, socializando-se os resultados e propondo aplicações (TRENTINI; PAIM, 2004).

Enfim, qualquer que seja o processo atingido com os resultados da pesquisa convergente-assistencial, eles contemplam dois sentidos. O primeiro envolve-se diretamente com a questão-problema de pesquisa dentro do cenário assistencial. O segundo compreende a ampliação desses resultados em processo, na ótica da cobertura do cenário assistencial como um todo. Assim, toda a pesquisa do tipo convergente-assistencial cobre duas classes de resultados em processo: a ligada ao problema de pesquisa enfocado; e a ampliação do resultado em processo de modo a explicar seus reflexos na qualidade da assistência desenvolvida no âmbito de atuação da pesquisa (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 97).

Com as informações coletadas e organizadas em eixos, foi possível visualizá-las como orientadoras das diretrizes de cuidado integral. Dialogando com a Política Nacional de Humanização da

Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (PNH/SUS), a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e outros autores, fez-se uma discussão sobre quanto as estratégias de cuidado propostas nestas leituras contribuem para o alcance do cuidado integral. Partindo destas, as categorias profissionais propuseram organizações dos processos de trabalho para o apoio matricial, para a construção do Protocolo de Acesso à Psiquiatria, à Psicologia e Serviço Social. E, partindo da análise e interpretação destas informações e leituras, norteiei a construção da Diretriz para o Cuidado Integral.

4.3 Questões Éticas

Para início desta investigação e coleta de dados se utilizou do Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSC número 924.432/2014. Esta pesquisa compõe um macroprojeto do Laboratório de Tecnologia e Inovação na Educação, Pesquisa e Extensão em Atenção Psicossocial e Drogas (APIS), o qual se dedica a analisar a implementação e articulação dos diferentes pontos da Rede de Atenção Psicossocial no Brasil para a atenção às situações de crise e urgência em saúde mental. Esta pesquisa se inclui no item f do objetivo secundário do macroprojeto, que prevê identificar estratégias para ampliar a resolutividade do cuidado em rede às pessoas em situação de crise e urgência em saúde mental. Segue o Parecer do CEP no anexo 1 e o termo de consentimento no apêndice 1.

Como a pesquisa envolve seres humanos, respeita-se os condicionantes éticos preconizados para a PCA:

Ao optar por determinados participantes, o pesquisador deverá contatá-los antes de iniciar a coleta de informações, para apresentar o propósito do estudo e os métodos, as vantagens e desvantagens da sua participação. O pesquisador deverá ainda garantir o respeito aos desejos dos participantes em relação ao anonimato e sigilo referente às informações fornecidas e também o direito de desistir de participar durante o processo se desejarem. Após esse diálogo, as pessoas terão condições de decidir se concordam ou não em participar do estudo (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 75).

Assim, para a conversação, observação, registro de informações, organização, sistematização e compartilhamento dos dados com os demais membros da pesquisa-ação, primeiramente se apresentou os propósitos da pesquisa aos participantes, as vantagens/desvantagens e as garantias de sigilo, dando espaço para a decisão quanto à participação (TRENTINI; PAIM, 2004).

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Durante o último semestre de 2016 e o primeiro do ano de 2017 foi um momento de imersão no campo de pesquisa. Isto aconteceu em vários espaços de discussões da assistência e gestão da RAPS e culminou em informações e diagnósticos que resultaram no planejamento do Departamento de Atenção Psicossocial (antiga Gerência de CAPS) no qual estava inserida e, por conseguinte, na pesquisa-ação desenvolvida.

Os primeiros dados desta imersão mostravam a dificuldade no compartilhamento e corresponsabilização do cuidado à pessoa em sofrimento psíquico entre os componentes da RAPS, com ausência de uma figura de coordenação do cuidado no território. Outra constatação era a inexistência de fluxos claros e pactuados entre os componentes da RAPS gerando a desresponsabilização pelo cuidado sem noção das competências entre eSF, Nasf-AB e CAPS.

Como estratégia para integração e aproximação dos serviços em 2016 houve a institucionalização do e-mail por instrução normativa municipal como ferramenta de discussão de casos e apoio matricial à distância entre os níveis de atenção da Rede de Saúde, tendo pouca adesão até o primeiro semestre de 2017.

No primeiro semestre de 2017 a Gerência de CAPS foi renomeada, junto da reestruturação da Secretaria Municipal de Saúde, em Departamento de Atenção Psicossocial (DAP). Esta organização ligou o DAP à Gerência de Integração Assistencial (GIA) com a proposta de integrar a rede e organizar os processos de trabalho dos diferentes pontos da RAPS para o cuidado em saúde mental.

A partir disto, discutiu-se um planejamento para o DAP que pudesse minimizar as deficiências anteriormente já percebidas, como a ausência de fluxos e competências pactuadas e claras entre os componentes da RAPS gerando dificuldades para um cuidado integral, compartilhado e corresponsável. Este planejamento disparou a pesquisa-ação com objetivo de propor diretrizes para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de forma a alcançar um cuidado integral à pessoa em sofrimento psíquico.

5.1 Pesquisa

O planejamento do Departamento de Atenção Psicossocial (DAP) disparou a pesquisa no segundo semestre de 2017. Optou-se pela metodologia da pesquisa-ação convergente por esta trazer a problematização da assistência prevendo a participação de diferentes atores e o movimento de aproximação e afastamento da assistência, com possibilidade de proposição e avaliação das ações e resultados, num movimento de convergência e com objetivos de mudança da prática.

Diante de um diagnóstico feito com as informações colhidas no período de imersão no campo de pesquisa que apontava para a ausência de fluxos e competências pactuadas e claras entre os pontos da RAPS gerando dificuldades para um cuidado integral, compartilhado e corresponsável, iniciou-se uma aproximação com participantes importantes nos processos de mudança.

A aproximação com pessoas-chaves foi a primeira etapa do processo. Inicialmente com setores da gestão e, em seguida, com os coordenadores dos CAPS e categorias do Nasf-AB. Na aproximação foi possível trabalhar a sensibilização destes participantes para pensarem na integralização dos pontos de atenção, nos problemas existentes na rede que dificultam esta integração e nas potencialidades da rede.

Neste mesmo período outro problema apareceu, o término de contratos de alguns psiquiatras do Nasf-AB, trazendo uma urgência para a discussão de organização do processo de matriciamento desta categoria. A reorganização do matriciamento destes profissionais levou à necessidade de se discutir e organizar o processo de trabalho dos demais profissionais do Nasf-AB, como psicólogos e o serviço social, assim como dos CAPS. Estas discussões resultaram em definições de competências dos diferentes profissionais e níveis de atenção, critérios de encaminhamento, pactuação de fluxos e de apoio matricial, culminando na construção de protocolos de acesso.

Isto descortinou um outro problema: para se encaminhar e acionar os diferentes profissionais e pontos da RAPS, conforme os protocolos pactuados, as equipes precisam qualificar o cuidado integral para acionar a linha de cuidado de forma mais segura. Diante disto, propôs-se a construção de uma Diretriz para o Cuidado Integral da Pessoa em Sofrimento Psíquico como um material técnico-pedagógico para uso entre as equipes da RAPS.

Assim, seguem as discussões referentes aos resultados alcançados.

5.2 Organizar o processo de matriciamento na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município para alcançar o cuidado integral à pessoa em sofrimento psíquico

A partir das informações levantadas tanto no período de imersão no campo de pesquisa (segundo semestre de 2016) como ao longo da pesquisa (a partir do segundo semestre de 2017) por meio da observação dos espaços da prática e de discussões sobre a assistência, somadas à leitura dos resultados da pesquisa de Soares (2015) feita com o Nasf-AB do Município, partiu-se de um diagnóstico prévio da rede que incluía a fragmentação dos pontos da RAPS, ausência de orientações técnicas claras e padronizadas para o apoio matricial, inexistência de competências definidas e pactuadas entre os pontos da rede e ausência de uma figura de coordenação do cuidado, gerando desresponsabilização e dificuldade para o alcance de um cuidado integral à pessoa em sofrimento psíquico. Tal diagnóstico se confirmou durante o andamento da pesquisa e direcionou as ações do Departamento de Atenção Psicossocial (DAP). A prioridade das ações foi dada pelo término do contrato dos psiquiatras e, conseqüentemente, deu seqüência às demais ações. Estas ações resultaram em dois resultados que se apresentam: Protocolo de Acesso à Psiquiatria e a Diretriz para o Cuidado Integral da Pessoa em Sofrimento Psíquico.

Inicialmente houve várias conversas e sensibilizações ao nível da gestão, com intuito de pactuar as prioridades para a rede. Identificou-se a necessidade de reorganização do processo de matriciamento, incluindo-se a pactuação de linhas de cuidado para a saúde mental e a discussão do modelo de apoio matricial do Nasf-AB e dos CAPS para a AB. Optou-se por iniciar com a psiquiatria e CAPS devido à iminência de saída de alguns psiquiatras da rede e da necessidade de reorganizar o acesso aos CAPS e pactuar um apoio matricial deste equipamento para a atenção básica. Sendo uma pesquisa-ação, a discussão e ação desencadearam outras discussões e ações. A reorganização do AM pela psiquiatria e CAPS puxou a discussão do AM pela psicologia e serviço social. O protocolo da psiquiatria incitou a necessidade de orientações técnicas para o cuidado integral à pessoa em sofrimento psíquico.

Com a priorização da reorganização do AM para a psiquiatria do Nasf-AB e da equipe do CAPS, iniciaram-se algumas etapas do processo: discussões com as categorias da psicologia e serviço social para compreensão das necessidades da rede, discussões e decisões conjuntas com a categoria da psiquiatria para a reorganização do AM e

construção de um protocolo de acesso à categoria, discussões e decisões conjuntas no grupo de trabalho entre assessores do Departamento de Atenção Psicossocial (DAP) e coordenadores dos CAPS sobre o modelo de AM pelos CAPS e competências dos componentes da RAPS no cuidado integral à pessoa em sofrimento psíquico.

Todas estas discussões confirmaram as percepções anteriores do período de imersão no campo de pesquisa: a inexistência de diretrizes técnicas homogêneas para o AM, a fragmentação da RAPS e ausência de competências claras e estabelecidas entre os componentes da rede.

Conforme estudos, desafios no processo de matriciamento enfraquecem a capacidade pedagógica do AM e a qualificação das equipes. Entre estes, estão a diversificação de modelos e atuações sem uma orientação técnica homogênea, falta de suporte gerencial, pouca interferência na regulação dos fluxos, lógica focada no encaminhamento e agendamento de consultas e pouca presença dos psiquiatras nas ações de matriciamento (LIMA; DIMENSTEIN, 2016). Ainda, pode-se citar a desorganização dos processos de trabalho para que o matriciamento aconteça, incluindo a oferta deste sem critérios epidemiológicos e necessidades territoriais.

De fato no Município a ausência de fluxos e orientações técnicas mantem o AM num campo pessoal onde cada matriciador exerce seu apoio de forma subjetiva e particular, sem homogeneidade. Cada profissional e equipe organizam um processo de matriciamento, uns apenas com espaços de repasse dos encaminhamentos para a especialidade sem a preocupação pelo espaço pedagógico, outros valorizando as discussões de casos e os atendimentos conjuntos. A presença dos psiquiatras permanentemente nas UBS culminava mais no repasse dos casos, na desresponsabilização pela coordenação do cuidado pela eSF e numa assistência médica e medicalizante (SOARES, 2015).

Costa-Rosa (2013) corrobora que atravessamentos políticos e conceituais entre as equipes podem despotencializar a produção de saúde. Ainda mais na ausência de diretrizes que direcionem o cuidado.

Pesquisas mostram diferenciação na organização do AM entre as equipes, unidades que se mobilizam para a discussão dos casos, atendimentos conjuntos e compartilhamento de cuidados, outras que se limitam à discussão de casos para encaminhamentos. O próprio conceito e objetivo do AM não é de compreensão integral entre os profissionais (ONOKO-CAMPOS et al, 2012). O não entendimento do conceito prático e técnico-pedagógico do AM consiste em um obstáculo para a RAPS e exige um comprometimento dos gestores no fomento da

incorporação do AM pelas equipes, das discussões e acompanhamento da organização do AM (BEZERRA E DIMENSTEIN, 2008). Especialmente na sensibilização dos profissionais para a mudança de uma lógica individualista para um trabalhador coletivo que pense em rede, construindo processos de cuidado inter e intrasetoriais que incluam o controle social e o desenvolvimento do protagonismo (SOUSA et al, 2011; SILVEIRA, 2012). A parceria entre os profissionais inseridos nos diferentes pontos da RAPS precisa se aproximar fortalecendo-se a rede, a qual é formada por pessoas (ONOKO-CAMPOS et al, 2012).

Serviços com maior organização do AM com frequência dos encontros, participação de toda a eSF e proposição de cuidado compartilhado entre AB e CAPS produzem maior corresponsabilização (ONOCKO-CAMPOS et al, 2012).

Sensações de impotência, solidão e despreparo para o atendimento no campo da saúde mental pelos profissionais da AB decorrem da falta de perfil do apoiador matricial, da falta de compreensão do AM e de organização para que o apoio aconteça (ONOCKO-CAMPOS et al, 2012).

A ausência de um cuidado longitudinal com seguimento clínico e reavaliações periódicas das pessoas em situação de sofrimento psíquico geram práticas focadas na repetição e renovação de receitas, gerando insatisfações pelas pessoas em atendimento (ONOCKO-CAMPOS et al, 2012).

Desta forma, discutiu-se o desenvolvimento de dispositivos que pudesse dirimir tais constatações com base na PNSM que reforça o papel dos CAPS enquanto supervisão e capacitação das equipes da AB no campo da saúde mental (BRASIL, 2017b) e da PNAB que enfatiza arranjos presenciais e à distância para o AM com objetivo de aumentar a resolutividade da AB e a regulação da rede, com incorporação das tecnologias leves, leve duras e duras, e articulação da AB com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2017b).

Após discussões e decisões conjuntas entre gestão e trabalhadores, ampliou-se os espaços de AM da psiquiatria. Anteriormente o único espaço de matriciamento com a psiquiatria era o dia de visita do profissional em cada UBS (território), com cronograma que variava de unidade para unidade. O cronograma de distribuição dos matriciadores, geralmente, era direcionado pelo número de eSF e não por critérios epidemiológicos dos territórios. Assim, inclui-se o AM à distância por ferramenta assíncrona (email), a avaliação e atendimento psiquiátrico individual na Policlínica e a manutenção do território para

as discussões de casos presenciais e atendimentos conjuntos. Quando a pessoa precisa ser encaminhada para um atendimento na Policlínica ela passa pelo mesmo psiquiatra que dá AM presencial e à distância para seu território, mantendo o vínculo do especialista com a eSF e o território. Ainda, inseriu-se os CAPS no AM para a AB por email.

O apoio matricial por ferramenta assíncrona permite a troca de informações e experiências entre os profissionais da AB e especialistas, fortalecendo a ordenação do cuidado e fomentando uma educação permanente (MENDES, 2011). No Hospital de Clínicas de Minas Gerais a teleconsultoria evitou 84% de encaminhamentos de usuários a outros níveis de atenção (TELESSAÚDE HOSPITAL DE CLÍNICAS, UFMG, 2012)

Concomitantemente a esta reorganização do AM, construiu-se também o Protocolo de Acesso à Psiquiatria (apêndice 2), no qual se estabelece as competências entre AB, CAPS e hospital, direcionando o AM e encaminhamentos. Além do Protocolo de Acesso à Psiquiatria o Município conta com o PACK (Kit de Cuidados em Atenção Primária), que é uma ferramenta de manejo clínico para Atenção Primária com o qual médicos e enfermeiros tomam decisões clínicas, incluindo o campo da saúde mental.

Para agendamento da consulta psiquiátrica na Policlínica se utiliza o SISREG, que é um Sistema Nacional de Regulação. É um sistema online de marcação que oferece maior controle e otimização dos fluxos e utilização dos recursos. O agendamento da psiquiatria é totalmente regulado, ou seja, a UBS insere o pedido de atendimento com todos os dados clínicos e as propostas terapêuticas já tentadas no território, conforme Protocolo de Acesso à Psiquiatria e o PACK. O regulador recebe os pedidos, efetiva o agendamento ou, ainda, orienta o cuidado e o fluxo caso não tenham sido esgotadas as possibilidades da AB ou na necessidade de reorientar a pessoa para os CAPS ou hospital.

Esta reformulação da psiquiatria gerou alguns resultados anteriormente impossíveis: as discussões por email e os encaminhamentos via SISREG quantificaram informações sobre as consultas psiquiátricas e o AM à distância. Os resultados mostram as maiores necessidades de qualificação da rede, orientando a Educação Permanente (EP); e fazem um parâmetro sobre a oferta e demanda da psiquiatria, dando um diagnóstico epidemiológico dos territórios e dados para decisões técnicas como contratação e/ou redistribuição do especialista. Ainda, o Protocolo definiu corresponsabilidades entre os pontos da RAPS, potencializando a coordenação do cuidado pela AB, a

corresponsabilização das equipes da RAPS e um trânsito mais seguro da pessoa em sofrimento psíquico na rede.

A construção do Protocolo da Psiquiatria seguiu, conforme citado anteriormente, momentos de sensibilização da gestão e das categoriais profissionais (psiquiatria, psicologia, serviço social, coordenadores e equipes dos CAPS), construção pelas equipes dos CAPS das competências dos serviços dentro do protocolo e construção pelos psiquiatras de suas competências no protocolo. A coordenação desta construção foi comanda pelo Departamento de Atenção Psicossocial (DAP), com o psiquiatra Marcelo Brandt Fialho à frente. O DAP precisou reunir as sugestões destes diferentes atores quanto às competências (psiquiatria e CAPS), buscar outros modelos de protocolos em uso no Brasil e reunir estas informações num só documento. Ao longo da construção do documento foram necessários vários diálogos entre os setores da gestão para alinhamento das competências e situações a serem acompanhadas pela Atenção Básica, Nasf-AB e Atenção Especializada. Também foram necessárias pactuações e discussões com a Gerência da Atenção Especializada que gerencia as Policlínicas para inserção dos psiquiatras nestes espaços e com a Gerência de Regulação para o funcionamento via SISREG das agendas dos psiquiatras na Policlínica e da regulação do acesso à categoria conforme Protocolo de Acesso à Psiquiatria. O Município possui modelo padrão de apoio matricial para diferentes especialidades, com coordenação do Departamento da Gestão da Clínica. Com o documento pronto no modelo proposto pelo Departamento da Gestão da Clínica, validado com a categoria da psiquiatria e os setores da gestão, iniciaram-se as apresentações do Protocolo nas reuniões de coordenadores dos Distritos Sanitários, dos coordenadores de Unidades Básicas de Saúde e das equipes dos CAPS e Atenção Básica. O Protocolo de Acesso à Psiquiatria fica disponível para as equipes no site da Gestão da Clínica da Secretaria de Saúde, no endereço www.gestaodaclinicams.vai.la.

Paralelamente à construção do Protocolo da Psiquiatria as categorias da psicologia e serviço social iniciaram uma proposição de reorganização do processo de trabalho e apoio matricial que estão em andamento e não serão possíveis de serem apresentadas nesta pesquisa. A necessidade de organização destes profissionais é justamente disparada pela reorganização do apoio matricial dos psiquiatras. Outra ação que foi disparada a partir do uso do protocolo da psiquiatria foi a necessidade de criar orientações técnicas para o cuidado integral da

pessoa em sofrimento psíquico na rede, a fim de homogeneizar um cuidado mais resolutivo, humanizado e corresponsável, prevenindo encaminhamentos precoces e desnecessários.

Embora o AM aumente a sensibilização dos profissionais para o cuidado às pessoas em sofrimento psíquico nos serviços, processos pedagógicos precisam ensinar os profissionais a cuidar não só da objetividade mas da subjetividade envolvida na existência-sofrimento.

É lenta ainda a incorporação de cuidados territoriais às pessoas em sofrimento psíquico pela AB. Entre os obstáculos para esta incorporação está o desconhecimento das eSF quanto à composição da RAPS, a desarticulação e ausência de comunicação entre os componentes da rede e a falta de qualificação do AM (MACIEL et al, 2016).

Sabe-se que apenas a criação do Protocolo de Acesso à Psiquiatria, a pactuação de fluxos entre as categorias Nasf-AB/CAPS/AB e o uso de tecnologias da informação para aproximação da rede não são suficientes para garantir o cuidado à pessoa em sofrimento psíquico pela RAPS. Porém, são mecanismos necessários para o funcionamento adequado da rede, pois se inserem na Linha de Cuidado como tecnologias de cuidado. Para se avançar no cuidado, é necessário qualificar as equipes no uso das tecnologias leves e leve duras. A EP traz a possibilidade de treinar os profissionais não só no uso das tecnologias duras, mas de potencializar a capacidade técnica a partir das vivências cotidianas, otimizando as tecnologias de cuidado leves e leve duras. A teleconsultoria por ferramenta assíncrona também é um meio de EP (ZARDO, 2012).

As interações pelo Telessaúde geram informações e indicadores para as principais necessidades de educação permanente em saúde, direcionando as webconferências (ZARDO, 2012).

Por isso, a proposição para a continuidade deste processo deve incluir um programa de EP para a RAPS, a valorização de indicadores de saúde mental no planejamento em saúde e o fortalecimento dos CAPS como qualificadores da rede.

Como instrumento de EP, vem-se propor uma Diretriz para o Cuidado Integral da Pessoa em Sofrimento Psíquico que agrega tecnologias de cuidado relacionais e estimula um olhar integral para a pessoa, contemplando todos os fatores envolvidos no processo de sofrimento.

5.3 Construir diretrizes de cuidado integral à pessoa em sofrimento psíquico na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Uma vez construídas as competências entre as equipes da RAPS e pactuados os fluxos de compartilhamento de cuidado entre os níveis de atenção, percebeu-se a necessidade de se qualificar o cuidado integral à pessoa em situação de sofrimento psíquico.

O cuidado começa pelo acolhimento da pessoa no serviço, iniciando o trânsito da pessoa na rede. Se este estiver fortalecido e qualificado a tendência é a potencialização da corresponsabilização, a resolutividade das propostas e a prevenção de encaminhamentos desnecessários e onerosos para a própria pessoa.

Durante as discussões coletivas que aconteceram para construção das competências e dos fluxos anteriormente discutidos, foram aparecendo nas falas de diferentes participantes a fragilidade do cuidado à pessoa em sofrimento, incluindo sua adequada avaliação.

Uma das ações pensadas e tentadas foi a organização de um espaço quinzenal de conversa com os coordenadores dos CAPS e assessores do DAP para compartilhamento dos processos de trabalho dos serviços, incluindo a forma como cada um organizava o cuidado das pessoas nas unidades. Estes encontros duraram parte do primeiro e segundo semestres de 2017 e foram fundamentais para a compreensão do processo de trabalho nestes serviços e a identificação das potencialidades e das fragilidades existentes. Oportunizaram, ainda, a troca de experiências.

Tinha-se a expectativa com estes encontros de se construir conjuntamente orientações técnicas para o cuidado da pessoa em sofrimento psíquico pela rede. Isto não foi possível, tanto pela dificuldade de organizar didaticamente a construção como pela falta de consenso quanto à governabilidade do grupo para proposições técnicas que impactasse a AB. Assim, encerraram-se os encontros e como resultados tiveram as coletas de informação e diagnósticos sobre o cuidado e os processos de trabalho nos CAPS, a maneira como AB encaminhava as pessoas para os CAPS, a relação entre CAPS e AB e como os CAPS contrarreferenciavam as pessoas para a AB. Nestes encontros também foi possível discutir as necessidades de reformulações no processo de matriciamento, compartilhando-se decisões e a construção de competências dos CAPS no cuidado da pessoa em sofrimento psíquico, sendo incorporadas no protocolo da psiquiatria.

Com os dados gerados pelo uso do protocolo da psiquiatria no primeiro semestre de 2018, corroboraram-se as impressões anteriores quanto à dificuldade das equipes no cuidado da pessoa em sofrimento psíquico.

A partir disto, iniciou-se a construção de um material técnico para o cuidado integral da pessoa em sofrimento psíquico, pressupondo-se como resultado uma diretriz de cunho técnico-pedagógico para instrução, treinamento e auxílio das equipes, bem como para uma maior homogeneidade das posturas de cuidado na RAPS.

Portanto, no apêndice 3 apresenta-se a Diretriz para o Cuidado Integral à Pessoa em Sofrimento Psíquico. E, abaixo, faz-se uma discussão teórica sobre as tecnologias de cuidado que compõem a integralidade, tendo como linha condutora as informações coletadas nos espaços da prática e de discussões da assistência por meio da observação participante e registro de ideias, frase e palavras-chaves, dúvidas, entre outras. Com as informações organizadas foi possível aproximá-las em 3 eixos: vínculo, corresponsabilização, resolubilidade. Estes eixos nortearam a construção da Diretriz por fazerem parte do cuidado integral, dialogando-se com a PNH/SUS, PNSM, PNAB e demais autores.

A) Acolhimento

O acolhimento e a escuta da pessoa em sofrimento psíquico disparam as Linhas de Cuidado existentes na rede, contudo, é comum iniciar o trânsito da pessoa pelos serviços de maior complexidade muito precocemente, sem uma avaliação mais integral e aprofundada de sua subjetividade, vivências e contextos.

Uma rede de saúde com fluxos, protocolos e processos de trabalho bem organizados e bem divulgados entre os profissionais e população favorece um itinerário mais seguro e resolutivo aos usuários, impactando, inclusive, o melhor gerenciamento tanto do recurso público como do recurso humano. Em contrapartida, a ausência disto gera, entre outras coisas, uma fragmentação da rede, dificuldades de acesso, desresponsabilização pelo cuidado, despotencialização da assistência e repetição de procedimentos (FRANCO; FRANCO, 2012).

Embora todo o crescimento do sofrimento psíquico nos dias atuais, o acolhimento da pessoa em sofrimento psíquico ainda é acompanhado de preconceitos e normatizações. Os profissionais tendem à busca de um diagnóstico, uso de medicações e encaminhamentos aos

especialistas (MINOZZO e COSTA, 2013; SOARES, 2015). A incansável busca pela objetividade e tecnologiação da saúde diminuiu a tolerância para a escuta e atuação do profissional como um terapeuta. O que mais possibilita ao profissional a captação da singularidade, contexto e universo cultural da pessoa em sofrimento, são a escuta, o interesse profissional e a construção de vínculo e confiança (MERHY e FEUERWERKER, 2009).

Apesar de toda a tecnologia relacional proposta pela PNH-SUS, há uma demanda em saúde mental que ainda não é acolhida na rede (BEZERRA E DIMENSTEIN, 2008). E a demanda que é acolhida recebe exclusivamente assistência biomédica (MINOZZO e COSTA, 2013).

Estudos mostram que os profissionais se sentem despreparados para acolher situações de sofrimento psíquico, que focam no cuidado do corpo e não em questões subjetivas, que tendem aos encaminhamentos para psicólogos e psiquiatras, sem muita disposição para escuta, formação de vínculo e de apoio social. A assistência é pautada no atendimento médico, na psiquiatrização, na burocratização dos processos de trabalho e na centralização intramuros, sem muita articulação com os recursos intersetoriais e territoriais para um cuidado mais integral e fomento da reinserção social, protagonismo e autonomia (MOREIRA e VIEIRA, 2018).

Antes de qualquer coisa, é necessário o abandono da concepção ocidental da separação da mente e do corpo, que se reflete desde a deslegitimação do sofrimento com consequente inviabilização de espaços de acolhimento e escutas, às falas sobre “piti”, “não é nada, é psicológico”, à medicalização ou especialização como resposta à elaboração do sofrimento, entre outros. O acolhimento da pessoa em sofrimento deve comungar o cuidado físico e emocional, pois não há separação de um e outro (BRASIL, 2013a). Enquanto o profissional não abordar o sujeito em sua integralidade, investigando a subjetividade por detrás do sinal e sintoma físico, a demanda vai continuar batendo em sua porta.

Fomos treinados enquanto profissionais para evitar a subjetividade, porém ela está presente e não pode ser negada. Alguns tem medo de abordá-la, talvez por não saberem o que fazer. Além disto, há a mobilização que esta escuta promove em nossa própria subjetividade, com a qual, muitas vezes, não sabemos lidar.

Por conta destas coisas o acolhimento ao sofrimento se torna uma postura difícil e complexa para alguns profissionais. O matriciamento, a

supervisão institucional, a educação permanente em saúde, a institucionalização de protocolos, fluxos e diretrizes podem ser ferramentas de apoio para os profissionais. O apoio matricial deve contemplar o cunho técnico-pedagógico voltado para o treinamento dos profissionais no acolhimento e avaliação das situações de sofrimento psíquico (MINOZZO e COSTA, 2013).

Geralmente a pessoa em sofrimento procura a AB e não os serviços especializados. Cerca de 80% das pessoas que buscam a AB por algum sofrimento não necessita, de imediato, cuidados na atenção especializada (BRASIL, 2003; FIGUEIREDO e CAMPOS, 2008). Aquelas que tentam suicídio acabam entrando pelas portas hospitalares e de pronto atendimento. A AB ocupa papel privilegiado no cuidado às pessoas em risco por estar mais próxima do território, por conhecer mais profundamente a pessoa e seu contexto familiar e social, podendo coordenar este cuidado e demandar os níveis mais especializados. Por conta disto, a AB consegue ofertar mais acesso às pessoas em sofrimento (PCRJ, 2016).

O acolhimento favorece o cuidado integral e a organização dos processos de trabalho das equipes com foco na pessoa e em suas necessidades subjetivas (PINHEIRO, 2010). Implica ao profissional uma postura acolhedora que permita o estabelecimento de um laço de confiança e de corresponsabilização entre a equipe e o usuário, mesmo que a resolução seja, no momento, o encaminhamento responsável a outro ponto de atenção. No acolhimento deve estar presente a escuta qualificada, o respeito às especificidades da pessoa, com resolutividade e responsabilização (BRASIL, 2017b). A postura de acolhimento deve mostrar ao outro que se está disponível, ser uma atitude transversal e necessária a todo processo de coprodução do cuidado e não se restringir a uma etapa isolada (BRASIL, 2015c).

Acolher significa atender bem, fazer uma escuta qualificada do problema de saúde, resolver e, se preciso, fazer um encaminhamento seguro. Para ser um encaminhamento seguro, é necessário operar por meio dos instrumentos que compõem a Linha de Cuidado (processo de trabalho, fluxos pactuados, protocolos, projeto terapêutico, etc) (FRANCO; FRANCO, 2012).

Ao fazer o acolhimento do sofrimento, o profissional é também afetado, pois entra em sofrimento ao ver o outro sofrer. É fundamental reconhecer os sentimentos e emoções que são mobilizados, trazendo para discussão com a equipe (BRASIL, 2015c).

Para o acolhimento da pessoa em sofrimento, é necessário caracterizar se estamos diante de uma crise ou uma urgência em saúde mental, pois isto vai determinar as prioridades no cuidado.

O objetivo primordial do atendimento deve ser o da estabilização do quadro se houver risco vital e de alívio do sofrimento da pessoa, não necessariamente com silenciamento da crise ou supressão dos sintomas. A terapêutica pela fala e escuta pode proporcionar o manejo da crise. As equipes precisam discutir e estudar o atendimento às crises e urgências, realizar treinamentos e combinações prévias para o acolhimento, manejo e contenção dos pacientes em sofrimento.

A PNH-SUS apresenta a estratégia de classificação de risco para dar agilidade ao atendimento das necessidades mais urgentes, permitindo às equipes o foco na complexidade de maior gravidade e não na ordem de chegada. A avaliação e ordenação das demandas e necessidades se diferem da tradicional triagem que provoca exclusão. O acolhimento com classificação de risco possibilita a todos que buscam o serviço serem escutados e atendidos, conforme a complexidade de suas demandas (BRASIL, 2015c). Isto é fundamental também para o sofrimento, visto que situações de crise e urgência em saúde mental podem ser graves e complexas, devendo ser acolhidas e avaliadas com critérios de risco, prevenindo-se a desqualificação do sofrimento.

O tempo dedicado ao acolhimento da pessoa em sofrimento permite ao profissional e equipe a observação do curso dos sinais e sintomas, identificando-se a resposta às intervenções de manejo, a coleta eficiente de informações sobre a vida da pessoa, dos fatores desencadeantes e participantes no sofrimento, a história pregressa e atual da queixa e sobre o suporte social existente, por meio da escuta qualificada.

Garantir outros espaços de acolhimento com a equipe é muito mais eficiente para o melhor estabelecimento terapêutico que apenas uma só abordagem, sendo mais resolutivo quando o acompanhamento é longitudinal. Se a RAPS for capaz de acolher rapidamente os pacientes em sofrimento e os egressos dos hospitais com cuidado intensivo e individualizado, previne-se tanto as internações hospitalares quanto seu tempo e as recidivas (DEL-BEM et al, 2017).

B) Escuta e Vínculo

A escuta é a primeira ferramenta do profissional e permite à pessoa em sofrimento falar e escutar seu sofrimento numa outra

perspectiva, a partir da disponibilidade do outro em lhe escutar. Ao mesmo tempo, esta disponibilidade afirma à pessoa o interesse do profissional pelo seu sofrimento, estabelecendo um elo de confiança e vínculo. Conforme a pessoa narra seu sofrimento, é-lhe possível também se escutar, dando-lhe possibilidades de ver como se movimenta na sua vida e faz suas escolhas, construindo novos sentidos. Também o profissional, ao escutar, faz a devolução à pessoa do que percebeu, ajudando-a a encontrar outras estratégias de lidar com o sofrimento. Esta confiança e segurança do profissional se fortalecem com o vínculo (BRASIL, 2013a).

É uma etapa essencial do processo de cuidado, pois sem ela não é possível ao profissional coletar informações subjetivas acerca da vida e sofrimento da pessoa (CARDOSO, DONATO e ZANETTI, 2015).

A escuta deve ampliar o olhar para a existência-sofrimento da pessoa, evitando se restringir à doença ou sintoma, especialmente ao silenciamento deste sintoma. O profissional deve romper com o paradigma da objetividade excessiva, refletindo se o sintoma ao invés de ser a causa dos problemas não é o indicativo de que algo não vai bem, precisando ser ouvido e sentido pela pessoa. Com a ajuda de um profissional e um espaço de escuta, abre-se uma oportunidade para esta reflexão. É necessário, para isso, que o profissional abandone a expectativa de cura (BRASIL, 2013a; COSTA-ROSA, 2013).

Por meio de uma escuta qualificada, valoriza-se o sofrimento da pessoa, entendendo suas expectativas em relação ao serviço e o que o serviço pode oferecer (BRASIL, 2015c). Contudo, estudos apontam que as pessoas não se sentem escutadas na rede de saúde (ONOCKO-CAMPOS et al, 2012).

A escuta envolve também a expressão corporal do profissional. Demonstrar-se disponível por meio do olhar atento, do toque, da atenção e da legitimação do sofrimento facilitará à pessoa o desabafo e a construção do vínculo.

Posturas profissionais de julgamento despotencializam o cuidado e inibem a exposição do sofrimento, assim como atitudes que visem mudanças da pessoa baseadas em concepções dos profissionais desrespeitam a autonomia e valores pessoais da pessoa em escuta (BRASIL, 2013a, 2015c).

Deve-se escutar atentamente o paciente evitando que falem por ele, reservando um momento para ouvir seus familiares e/ou acompanhante. O ideal é que se pactue estas etapas, avaliando com a pessoa se o atendimento deve ser feito conjuntamente ou separadamente.

É necessário estar atento aos conflitos, estando disponível para a intermediação destas relações.

Falar sobre a vontade de morrer pode prevenir as tentativas e o suicídio (PCRJ, 2016).

Diante da escuta os profissionais acabam tendo um sentimento de impotência, despreparo, desconforto, impotência, autodepreciação, culpa e frustração ao lidarem com comportamentos de alto risco, padrões que não consideram saudáveis e histórias de sofrimento (BRASIL, 2013a,2015c).

A frustração também é comum quando os profissionais focam na melhora dos sintomas ou “cura da doença” e não nas dimensões psicossociais e instrumentais da pessoa. Sentimentos como raiva e medo geram encaminhamentos desnecessários na tentativa de se livrar da pessoa (PCRJ, 2016). O medo em se aproximar e escutar o que a pessoa precisa fragiliza a capacidade de manejo da situação de crise, fazendo os profissionais pensar de imediato em internações hospitalares, dificultando a contratualização do cuidado e até inviabilizando-o (LIMA e DIMENSTEIN, 2016).

O profissional também precisa desabafar e conseguir visualizar as emoções que a escuta lhe proporcionou. A mobilização destes encontros com a pessoa em sofrimento acaba afastando o profissional deste cuidado, sendo importante para este diferenciar emocionalmente suas vivências das da pessoa que se está atendendo. As discussões de casos, os matriciamentos e as supervisões institucionais possibilitam este espaço de desabafo e reflexão pelo profissional. É importante considerar o poder terapêutico da escuta e da palavra, assim como da educação em saúde e do apoio matricial como estratégias de produção de outros modos de cuidado e responsabilização (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2017b).

Aparece entre as falas dos profissionais a dúvida sobre o que perguntar ou falar à pessoa em sofrimento, inclusive com receios de piorarem o quadro ou até mesmo o sentimento de que é um saber inacessível (BRASIL, 2013a).

Diante da singularidade de cada sofrimento, não há como restringir perguntas ou afirmações corretas em um só instrumento objetivo, outras vão precisar aparecer durante os atendimentos. Até mesmo profissionais especialistas constroem suas falas e intervenções a partir das vivências do território (BRASIL, 2013a).

As estratégias de cuidado devem ser construídas no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, onde todo o espaço de troca,

afetos e encontros são oportunidades de construção de vínculo e produção de cuidado (BRASIL, 2013a). A produção de saúde no campo da saúde mental acontece quando os profissionais vivenciam em suas práticas cotidianas o universo vivencial da pessoa (SCHNEIDER, 2009). Isso só é possível na construção da escuta e vínculo, na vivência fora do consultório e da posição do saber para uma relação horizontal de cuidado.

A escuta, portanto, não se restringe ao primeiro acesso da pessoa em sofrimento ao serviço, ela é uma ferramenta também de cuidado longitudinal, configurando-se como uma potente ação terapêutica a ser usada até a minimização da crise atual, a cada exacerbação do sofrimento ou a cada nova crise. O profissional que estabelece o vínculo e dá acesso à escuta terapêutica utiliza de sua identificação empática e de suas próprias experiências pessoais para ajudar a pessoa a encontrar recursos internos e externos que a ajudem a lidar com o seu sofrimento, a aumentar seu repertório de capacidade e habilidades afetivas para resolver seus conflitos e a prevenir o agravamento de seu sofrimento (DUNCAN et al, 2004).

A AB e a multidisciplinaridade são essenciais no cuidado ao sofrimento. Corre-se o risco com a especialização do cuidado no campo da saúde mental de restrição de acesso, intensificação do uso iatrogênico de medicações e despotencialização da clínica ampliada. Assim, a escuta terapêutica não deve estar focada exclusivamente no psiquiatra ou psicólogo, sendo uma responsabilidade de todos os profissionais da saúde (BRASIL, 2017b).

O cuidado em saúde mental não exige tecnologias sofisticadas, caras ou profissionais altamente especializados, deve ser amplamente difundida na AB (OMS, 2010).

C) Avaliação

Preponderantemente o acolhimento da pessoa em sofrimento está agregado ao modelo tradicional biomédico e, concomitantemente, a avaliação se restringe, frequentemente, aos Manuais de Classificação dos transtornos mentais, à medicalização e psiquiatrização (MINOZZO e COSTA, 2013; SOARES, 2015). Protocolos e manuais são utilizados como ferramentas não complementares mas excludentes que, enquanto poupam um tempo do avaliador, deixam de ampliar a avaliação, não contemplam todas as esferas da existência-sofrimento do indivíduo nem introduzem a clínica ampliada (COSTA-ROSA, 2015). A pessoa deixa

de ser sua experiência para ser um transtorno, passa a ser vista e cuidada a partir de um diagnóstico e não a partir de sua história.

Para uma avaliação satisfatória do sofrimento psíquico é importante abandonar a clínica tradicional e considerar a atenção psicossocial. A atenção psicossocial traz a clínica ampliada como proposta de cuidado. O cuidado se amplia para a interdisciplinaridade com participação do sujeito nas propostas terapêuticas.

O tratamento não se restringe ao uso de medicamento, amplia-se para estratégias psicossociais de cuidado que impactem as diferentes esferas da vida da pessoa. O foco é na pessoa e em suas necessidades, não na doença ou diagnóstico. Não se busca somente a supressão dos sintomas, mas a elaboração do sofrimento e novos modos de existência que inclua o desenvolvimento da autonomia e do protagonismo do sujeito. O cuidado se alicerça na relação, na referência, no vínculo e na confiança. Abandona-se a ideia de hegemonia tradicional (COSTA-ROSA, 2013).

Assim, observando a estratégia atenção psicossocial (Eap), a avaliação deve ampliar o olhar para o sujeito e suas vivências. Inicia-se com o acolhimento e a escuta num espaço protegido e com privacidade de forma que o paciente se sinta seguro e confiante para falar sobre sua vida.

É importante ressaltar que, à exceção de situações que exijam ações mais imediatas pelo risco de vida, uma avaliação mais longitudinal/processual tem maior impacto tanto na conduta terapêutica quanto num encaminhamento responsável (DEL-BEM et al, 2017). Pode levar um tempo para que a pessoa consiga expor seus sentimentos e problemas (PEREIRA, 2010).

Desta forma, sempre que possível, é essencial garantir à pessoa outros espaços de acolhimento e avaliação no serviço, ofertando espaços multidisciplinares para o desenvolvimento da clínica ampliada de forma a se observar e considerar todos os fatores participantes no sofrimento. Estes espaços devem envolver todos os profissionais, pois todos

...podem e devem fazer a clínica ampliada, pois escutar, avaliar e se comprometer na busca do cuidado integral em saúde são responsabilidades de toda profissão da área de saúde (BRASIL, 2017b, p. 10).

O acompanhamento processual permite às equipes evitarem respostas intempestivas e fortalecerem o vínculo, legitimando os profissionais inclusive na orientação quanto àquilo que se demanda e o

que é possível ser atendido, sem necessidade de pressa na resolução (BRASIL, 2013a).

A avaliação é um conjunto de informações que buscamos realizar durante os atendimentos com objetivo de entender a circunstância que a pessoa está e tomar decisões. A avaliação envolve aspectos biomédicos, psicológicos e sociais (BRASIL, 2015c).

A avaliação deve ser centrada na pessoa, na qual a referência são suas experiências. Deixar a pessoa contar sua história com suas próprias palavras e na ordem que julgar importante é a melhor maneira de conduzir uma avaliação. Nem sempre será possível em um único atendimento colher todas as informações necessárias, devendo ser processual e gradativa a aquisição destas. O foco é a perspectiva da pessoa. A escuta, portanto, permitirá o processo de avaliação, sem ela é quase impossível apreender todas as informações subjetivas e objetivas necessárias para uma avaliação de qualidade. As perguntas devem ajudar a pessoa a falar sobre si (PEREIRA, 2010; CARDOSO, DONATO e ZANETTI, 2015). Sempre que for necessário colher informações com outras fontes, parentes, amigos e outros, deve-se pactuar isso com a pessoa, identificando com ela as pessoas que mais confia.

No modelo centrado na pessoa o centro da clínica é ela e suas necessidades. O objetivo profissional deve ser o da aliança terapêutica por meio da empatia, confiança, disponibilidade e respeito. Deve-se compreender as razões pelas quais a pessoa buscou o serviço, entender sua personalidade, sua vida, seus recursos e construir conjuntamente os problemas e focos terapêuticos, estabelecendo uma aliança terapêutica (PEREIRA, 2010).

O Método Clínico Centrado na Pessoa se contrapõe ao modelo biomédico que se foca na doença. Neste modelo, procura-se compreender a perspectiva da pessoa sobre seu processo de sofrimento, numa lógica integral e interativa com seus contextos familiar e social (PCRJ, 2016).

As posturas do profissional durante a anamnese (evocação voluntária do passado com orientação profissional) devem permitir a inserção ativa da pessoa na avaliação, estimulando discussões e reflexões a respeito do papel da pessoa como sujeito de seu sofrimento e suas contribuições no processo terapêutico, possibilitando a singularização da avaliação e a percepção das “pistas” referentes a cada pessoa. As condutas devem passar à pessoa a impressão de ser aceita, valorizada e com problemas únicos. Por exemplo, o assunto evitado pela

pessoa pode estar ligado à esfera do conflito e sofrimento expressos (PEREIRA, 2010).

A anamnese, ou entrevista clínica, deve incluir informações sobre a queixa principal, as características do sofrimento, a história de vida da pessoa, suas condições clínicas e hipótese psicodinâmica não restrita aos diagnósticos vistos na prática biomédica tradicional. Por meio do SOAP (subjetivo, objetivo, avaliação, plano terapêutico) é possível registrar as coletas feitas na anamnese, descrevendo o que a pessoa relata, o que o profissional observa e o plano terapêutico pensado conjuntamente. A anamnese faz dois recortes, um longitudinal ou biográfico (história pessoal, familiar e patológica progressa) e outro transversal ou do momento (queixa principal, história da queixa atual, exame psíquico) (CARDOSO, DONATO e ZANETTI, 2015).

A avaliação não deve buscar restritamente a construção de um diagnóstico, nem estar focada exclusivamente no sintoma/sinal ou na doença, deve-se ampliar em busca da integralidade da subjetividade que está sendo acolhida, pensando-se na tríade pessoa, sofrimento e cuidado. Muitas vezes o motivo pelo qual a pessoa busca o serviço não é necessariamente a esfera mais urgente de cuidado e, não raro, não é a causa de sofrimento e sim uma expressão deste. Não se deve dissociar o sintoma do sofrimento, da vida, da cultura e do território em que o sujeito está inserido (PEREIRA, 2010; BRASIL, 2013a).

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) permite uma avaliação ampliada do processo saúde-doença, enfatizando os impactos do sofrimento da pessoa, considerando os aspectos biomédicos, psicológicos e sociais. A CIF é uma ferramenta clínica para avaliação das necessidades, compatibilização de tratamentos, avaliação da reabilitação e resultados (BRASIL, 2015c).

Quanto à esfera pessoa se pode investigar vivências, planos, relações, papéis da vida, afeto, sexualidade, trabalho, escolaridade, personalidade, comportamento e outras que a pessoa e os profissionais considerem relevantes; quanto ao sofrimento é importante ressaltar que este não é sinônimo de doença, sendo necessário pesquisar quais são os fatores participantes no sofrimento; o cuidado deve contemplar o equilíbrio entre as unidades de integralidade do sujeito, incluindo intervenções em todas as áreas de sua vida, priorizando-se com a pessoa as necessidades mais urgentes (BRASIL, 2015c).

Considerando o Nasf-AB e os CAPS como apoios técnico-pedagógicos e especializados para qualificação da AB, o encaminhamento de pacientes avaliados por estas equipes para a AB

deve ser feito com caráter instrutivo objetivando a continuidade do cuidado longitudinal. O prontuário eletrônico unificado, a institucionalização do email para discussão dos casos e apoio matricial possibilita e facilita a comunicação entre os pontos de atenção e a orientação para o seguimento do cuidado. A educação em saúde e o apoio matricial podem produzir outros modos de cuidado, incentivando a corresponsabilização (BRASIL, 2017b).

Na avaliação as informações iniciais são importantes, como dados pessoais e sociodemográficos básicos (nome, idade, peso, escolaridade, profissão, trabalho, renda, constituição e suporte familiar, formação cultural/religiosa, etc), queixa principal com sua história/evolução atual e/ou pregressa, relacionamento e dinâmica familiar, uso de SPA, atitudes em relação à solidão, atitudes em relação ao corpo, sono e funções do sono, interesses, lazer e hábitos. (PEREIRA, 2010).

Para a avaliação dos sinais e sintomas, é importante considerar que estes podem estar presentes numa série de condições clínicas, metabólicas, neurológicas, de intoxicação, de exposição às drogas, de violências e em questões psicossociais. Não se deve assumir a compreensão de um fenômeno apenas sob uma perspectiva ou entendê-lo ligado a apenas um fator, pois cada pessoa é um indivíduo diferente, singular, com suas próprias vivências e histórias.

Mesmo naqueles pacientes com diagnósticos prévios e tratamentos crônicos, outras condições clínicas, familiares e sociais podem aparecer no percurso, potencializando os sinais e sintomas psíquicos. Tem que se resguardar da ênfase em rotulações diagnósticas, colocando a doença entre “parêntese” para se estabelecer um espaço de escuta. Com isto, é possível identificar outros desencadeantes do sofrimento (familiares e sociais, violências, desemprego, crises financeiras, crises de ciclos de vida e outros).

Deve-se prestar atenção ao aparecimento de sinais e sintomas físicos imediatamente antes ou concomitante ao quadro psíquico, questionando o aparecimento de sinais e sintomas clínicos e/ou neurológicos. A idade da pessoa, as manifestações sintomatológicas atípicas, abuso de fármacos e/ou substâncias psicoativas (padrão de uso, frequência, quantidade, prejuízos), padrão do sono, comportamentos de risco (relações sexuais sem proteção, por exemplo), medicações em uso ou em interrupção, antecedentes pessoais e familiares, abuso ou violência na infância, comorbidades, atividade física, eventos vitais e estressores, relações interpessoais, dinâmica familiar, suporte social,

vulnerabilidades, ideação suicida e/ou homicida com ou sem plano e tentativas prévias e/ou atual com acesso aos meios, devem ser investigados (CARDOSO, DONATO e ZANETTI, 2015; DEL-BEM et al, 2017). Os sinais e sintomas de intoxicação e abstinência de substâncias psicoativas devem ser de conhecimento de todos os profissionais da RAPS, assim como o manejo.

O exame físico deve integrar a avaliação clínica, especialmente em situações de urgência, buscando investigar traumas e causas orgânicas primárias que estejam adjacentes aos sinais e sintomas apresentados. Em caso de urgência, segue-se pela observação da permeabilidade das vias aéreas, observação da movimentação do tórax e ausculta pulmonar, avaliação do aspecto da pele (coloração, mucosas e leito ungueal, vasos do pescoço, pulsos periféricos, ausculta cardíaca), nível de consciência e busca por hematomas/escoriações/fraturas/luxações. Em caso de alterações, priorizam-se as intervenções de urgência para manutenção da vida. As funções psíquicas mais significativas para as situações de urgência são a consciência, atenção, sensopercepção, memória, orientação, inteligência, afeto, pensamento, conduta, linguagem e julgamento crítico (CHENIAUX, 2011). A consciência é a primeira função psíquica a ser avaliada e, no caso das urgências, aplica-se a escala de Coma de Glasgow para se definir o nível da consciência a partir da abertura dos olhos, resposta verbal e motora.

A avaliação do estado mental é fundamental em situação de crise e urgência em saúde mental e tem como objetivo identificar alterações no funcionamento mental. Inclui observação direta da aparência da pessoa, da orientação e percepção, cognição, afeto e ação, os quais devem aparecer no contexto da fala da pessoa, minimizando-se o formalismo da entrevista (PEREIRA, 2010). O exame do estado mental não é exclusivo do psiquiatra e deve fazer parte da avaliação clínica da pessoa, podendo também dar indícios de alterações neurológicas, metabólicas, intoxicações e uso de SPA (CORDIOLI; ZIMMERMANN; KESSLER, 2004). As funções mentais podem não estar alteradas no momento da entrevista, sendo a avaliação processual uma estratégia essencial para se evitar conclusões e condutas precoces e iatrogênicas.

A observação da pessoa engloba a impressão geral do profissional com a aparência, devendo ser desprovida de qualquer tipo de discriminação - tipo constitucional, higiene, vestimentas, cuidados pessoais; comportamento e atividade psicomotora - atitudes e movimentos expressivos (triste, alegre, ansioso, temeroso, desconfiado,

esquivo, dramático, medroso, etc), gesticulação – ausência ou exagero, motilidade – capacidade motora (inquieta, imóvel, incapacidade de se manter em um determinado local), deambulação – modo de caminhar (tenso, elástico, largado, amaneirado, encurvado, etc); atitude com o profissional – cooperativo, submisso, arrogante, desconfiado, apático, superior, irritado, indiferente, hostil, bem-humorado, etc; atividade verbal – responsivo, não-espontâneo, fala muito, exaltado ou pouco, taciturno.

A análise das funções mentais inclui a consciência (sustentação e coerência nas respostas, lucidez, confusão, rebaixamento ou embotamento, coma), atenção (dificuldade de concentração, vigilância, tenacidade), sensopercepção (alucinações, ilusões), orientação (orientação temporal e espacial, autopsíquica – identificação pessoal e reconhecimento de quem é, alopsíquica – reconhece os dados externos e do ambiente), memória (amnésia, hiper ou hipomnésia), inteligência (autonomia, capacidade laborativa, deficiência intelectual, perda intelectual), afetividade (irritabilidade, labilidade, euforia, tristeza, angústia, ambivalência), pensamento (delírios, quanto ao curso, forma e conteúdo), conduta (agressividade, agitação psicomotora) e linguagem (linguagem elevada, exaltada, loquaz, ameaçadora, alterações da fala). Estas podem estar alteradas por uma série de fatores, não só orgânicos, mas psicossociais, por isso a importância da avaliação multidisciplinar, do matriciamento e da discussão de caso. Exames físico e neurológico são complementares.

A avaliação permite aos profissionais construir junto da pessoa interpretações, encontrando relações entre as vivências e experiências da pessoa e seu sofrimento, detectando repetição de padrões, ligações entre relacionamentos passados e atuais, motivos das dificuldades vivenciadas e os reais motivos do sofrimento.

Exames laboratoriais, incluindo dosagem tireoidiana, glicemia, sorologias, funções renais, hepáticas, equilíbrio hidroeletrólítico e outros, podem ser necessários para elucidar e seguir o cuidado. Alterações do estado mental em idosos podem sugerir infecções.

O comportamento suicida frequentemente causa muito medo nos profissionais e reflete em encaminhamentos precoces ao Nasf-AB, CAPS, serviços de emergência e internações hospitalares sem as devidas avaliações. O comportamento suicida engloba o pensamento de que uma lesão autoinfligida resulte em morte (ideação suicida), o planejamento, a tentativa e o suicídio. A AB é essencial na identificação das pessoas em

risco e na prevenção do suicídio, visto que a maioria dos que tem tal comportamento procura o serviço de seu território (PCRJ, 2016).

O questionamento acerca da vontade de se matar é estratégia central para a prevenção do suicídio. Perguntar sobre a ideiação não estimula o ato, ao contrário, é terapêutico porque minimiza a dor e ansiedade da pessoa que está sofrendo e acredita que somente a morte é a solução, ajudando-a a aceitar ajuda. Nem sempre a pessoa é clara sobre seu desejo, exigindo do profissional sensibilidade e oferta de espaço para a fala. Deve-se evitar julgamentos e “conselhos”, a pessoa precisa se sentir compreendida, saber que existem outras estratégias para lidar com sua angústia.

Ter vontade de morrer não significa que a pessoa pensa em se matar. Comportamentos de automutilação podem não necessariamente ser desejo de morte, e sim estratégias de alívio da dor emocional. O risco aumenta se a pessoa pensa no suicídio como possibilidade, se pensa na forma como pode cometer o suicídio e se tem acesso aos meios para colocar o plano em prática.

O acolhimento, a escuta, o vínculo, o amparo, o respeito, a intensificação do contato com os profissionais com alerta às equipes do serviço (visita domiciliar, telefonemas, agendamentos, grupos/atividades terapêuticas), a contratualização de um pacto anti-suicídio com reforço a cada encontro, armazenamento/fracionamento/dispensação da medicação pelo serviço, a participação das pessoas nas decisões terapêuticas, a garantia de um bom sono, e acionamento/orientação/psicoeducação da rede familiar e/ou social para supervisão e monitoramento da pessoa (internação domiciliar, não deixar a pessoa sozinha, atestado para familiar, suporte profissional à família, remoção dos meios, orientação quanto ao acionamento de serviços de urgência) são estratégias de manejo do risco. Identificar e avaliar fatores de risco e proteção, analisar a gravidade do risco e mobilizar a rede da pessoa e da RAPS é fundamental para prevenir o suicídio. Detectar se há pessoas, coisas, crenças, metas ou projetos que impediriam a pessoa de se matar sinaliza um fator de proteção, assim como a ausência deste um risco maior (PCRJ, 2016). Falar sobre os motivos do sofrimento é fundamental para que a pessoa possa ressignificar e elaborar traumas e conflitos, construindo junto com a pessoa estratégias outras para lidar com a crise. A inserção terapêutica da família é essencial, especialmente na existência de fatores familiares de adoecimento (violências, conflitos, disfuncionalidade). A escuta terapêutica pode ser ofertada por qualquer profissional da saúde.

Entre outros, alguns fatores de risco são: ausência de rede capaz de conter o suicídio, acesso aos meios, plano concreto e estruturado, providências para o pós morte, rigidez de propósito, histórico de tentativas (especialmente nos últimos 6 meses), histórico familiar de suicídio, exposição a abuso físico e/ou sexual, ausência de sentido e motivos para viver, instabilidade familiar, isolamento social, perdas (afetiva, financeira, emprego), comportamento impulsivo, abuso de SPA, sintomas importantes de depressão (tristeza diária, perda de interesse e prazer nas coisas, mudança no apetite, no sono, autodesvalorização, sentimento de culpa, vontade de morrer), presença de sintomas psicóticos, inflexibilidade frente às diversidades, doenças incapacitantes ou terminais, estados confusionais orgânicos, problemas de identidade de gênero ou com a sexualidade, bullying e/ou ameaças. Homens têm mais sucesso no suicídio, embora mulheres tentem mais. Jovens adultos entre 19 a 49 anos e idosos estão entre as faixas etárias que mais tentam suicídio (PCRJ, 2016).

Durante a avaliação do uso, abuso e dependência de SPA o profissional deve levar em consideração que na história de vida da pessoa a droga não é, num primeiro momento, o fator de desencadeamento do sofrimento. Assim como o tabagismo e outras compensações, a droga é uma estratégia de compensação de um desequilíbrio entre as diferentes esferas do sujeito. A droga é, ainda, uma maneira prazerosa da pessoa amenizar seu sofrimento. As consequências disto faz com que a pessoa chegue ao serviço, devendo ser acolhida na forma que se apresenta, de maneira respeitosa, sem julgamentos e na lógica da Redução de Danos (RD) (BRASIL, 2015c).

É importante avaliar o padrão de consumo que pode ser uso recreativo/ocasional, uso habitual, uso nocivo ou dependência. O padrão de uso está ligado ao grau de prejuízo na vida da pessoa, no qual a dependência gera um forte desejo ou compulsão pelo uso, dificuldade de controle para o início, término ou níveis de consumo, sintomas de abstinência com a interrupção do uso, aumento da tolerância das doses, abandono progressivo dos prazeres alternativos e persistência do uso mesmo com evidências das consequências nocivas. Instrumentos como AUDIT e ASSIST ajudam os profissionais na avaliação do padrão de consumo (BRASIL, 2015c). Sinais e sintomas de intoxicação e abstinência de álcool e outras drogas devem ser de conhecimento de todos os profissionais inseridos na RAPS, de forma que atuem na prevenção das complicações clínicas e psíquicas, com maior gravidade e fatalidade para as síndromes de abstinência por álcool.

D) Projeto Terapêutico Singular (PTS)

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma ferramenta de cuidado singularizada, não estática, construída coletivamente e com a pessoa a partir de suas vivências, necessidades e níveis de contratualidade. Por projeto se entende a existência de uma perspectiva futura, uma meta, para qual se traça um planejamento. No campo terapêutico estão inseridas ações que possam potencializar o cuidado. A singularidade representa a individualidade e especificidade das propostas terapêuticas, pois não há uma estratégica única e resolutive para a diversidade de vivências e sofrimentos (BRASIL, 2015c).

Exige uma corresponsabilização entre o serviço e a pessoa, com um cuidado longitudinal que inclui oferta de estratégias de baixa exigência que envolvem disponibilidade e sensibilidade no atendimento com atenção ao estado de sofrimento (acessibilidade oportuna), rapidez na admissão e organização dos serviços sem critérios seletivos desnecessários e respostas às demandas da pessoa (flexibilidade), adaptação da oferta e serviço às especificidades locais, garantia de acesso com equidade, maleabilidade de horários, dispensação de insumos para proteção à saúde e à vida (agulhas, preservativos, alimentação, etc), atendimento às pessoas sob efeito de substâncias psicoativas (SPA), entre outras (BRASIL, 2015c).

A partir da identificação conjunta entre equipe e a pessoa dos fatores de sofrimento e das necessidades prioritárias, inicia-se a construção do PTS, o qual deve definir um trajeto seguro da pessoa na rede de cuidado. Devem ser consideradas estratégias anteriores, motivos de sucesso ou falha, grau possível de contratualidade no momento atual, recursos existentes (nos serviços, no território, na rede social da pessoa), possibilidades, limitações e potencialidades da pessoa.

Neste sentido, o PTS deve contemplar três dimensões básicas já inseridas na avaliação: a dimensão corporal, a psicossocial e a instrumental. Na dimensão corporal ficam os aspectos físicos, o estado de saúde, a capacidade funcional, laboral e a percepção da pessoa quanto ao seu estado geral. A dimensão psicossocial contém a história de vida, vivências, sentimentos e afetos. A dimensão instrumental engloba os instrumentos sociais que a pessoa possui para desenvolver a interação social e a autonomia (BRASIL, 2015c).

É imprescindível que o serviço tenha ofertas terapêuticas que englobem atividades psicossociais (grupos terapêuticos, práticas

integrativas e complementares, práticas corporais, atividades físicas, atividades culturais e de lazer, atividades manuais, atividades de reinserção social e reabilitação psicossocial, geração de renda, grupos de famílias e cuidadores, espaços de acolhimento e mediação de conflitos, entre outras), e que conheça a RAPS, os fluxos existentes e pactuados, os recursos do território, a rede de assistência social e a complementar.

Intervenções mais potentes e resolutivas derivam de uma avaliação multidisciplinar mais aprofundada e processual. No cuidado centrado na pessoa, o manejo terapêutico deve levar em conta as necessidades, preferências e escolhas da pessoa. Por ser um método em que considera as narrativas e vivências da pessoa, compreendendo-a individualmente, familiarmente e socialmente, proporcionar a construção com a pessoa de estratégias de enfrentamento do sofrimento potencializa o cuidado (BRASIL, 2015c; PCRJ, 2016).

Desta forma, a construção do PTS deve considerar:

- notificações dos casos de violência (tentativas de suicídio, automutilação, sexual, psicológica, negligência), protocolo pós-exposição sexual (PEP), abertura de ficha de investigação, orientação e/ou acionamento dos órgãos como polícia, Conselho Tutelar, serviços socioassistenciais, Ministério Público, Defensoria Pública, poder judiciário;
- humanização dos atendimentos com posturas de corresponsabilização na produção da saúde e que promovam justiça e inclusão social;
- proposições terapêuticas com respeito às características culturais e sociais, aos direitos humanos, às diferenças e combate ao estigma e preconceito das pessoas em sofrimento decorrentes ou não do uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas (SPA);
- proposições terapêuticas conforme os recursos e capacidade de comprometimento da pessoa e sua rede;
- identificação das demandas epidemiológicas do território, com abertura de atividades terapêuticas voltadas ao atendimento destas necessidades, como por exemplo, atividades manuais, oficinas, espaços de convivência, roda de conversa, grupo de autoajuda (ajuda de pares), de familiares, prevenção de recaídas/dependência química, crianças/adolescentes/pais, prevenção de violências, musicoterapia, yoga, atividades físicas, caminhadas, auriculoterapia, acupuntura, horta comunitária e outras, tanto dentro dos equipamentos quanto extramuros, articulando-se com o território;
- atitudes profissionais pautadas na ética e no respeito ao sigilo e privacidade;

- atividades na unidade e no território que favoreçam a inclusão social, objetivando promoção de autonomia e exercício da cidadania;
- estímulo às atividades físicas, esportivas, culturais, sociais e hábitos saudáveis;
- coordenação do cuidado pela eSF, ordenando e articulando os fluxos necessários para a continuidade do cuidado;
- promoção da intersetorialidade, discutindo e compartilhando cuidados com escolas, dispositivos comunitários, serviços socioassistenciais e outros;
- estratégias e ações que minimizem as vulnerabilidades da pessoa e que atinjam todos os fatores envolvidos no sofrimento;
- cuidado na lógica da redução de danos, conforme necessidades da pessoa e com tecnologias de baixa exigência;
- aproximações e intervenções com pessoas em prejuízos por conta do uso de SPA, usando de postura motivadora e promovedora de vínculos;
- inserção terapêutica dos familiares, incentivando-os à compreensão do funcionamento familiar, seus adoecimentos e suas expressões sintomatológicas;
- co-participação da pessoa em seu PTS, incluindo o incentivo ao controle social e sua inserção em espaços produtores de protagonismo e reinserção social;
- envolvimento da criança e adolescente na construção de seu PTS e nas decisões referentes ao seu tratamento e condução, garantindo-lhe a fala;
- intensificação do contato da pessoa em risco com os profissionais da unidade até que o período de maior gravidade diminua;
- acionamento da rede sociofamiliar para monitoramento, vigilância e supervisão do familiar em risco para autoagressão, com orientação quanto à prevenção e afastamentos dos meios (arma de fogo, pérfuro-cortantes, venenos, etc);
- oferta de escuta terapêutica com vistas à identificação de recursos internos e externos para o enfrentamento do sofrimento, elaboração dos fatores de sofrimento e intermediação de conflitos e dificuldades;
- criação de instrumento de monitoramento das pessoas em sofrimento e risco no território, efetivando busca ativa sempre que necessário;
- evitar expectativas muito positivas que possam sobrecarregar a pessoa em crise, pactuar estratégias mantendo o realismo;
- acompanhamento e avaliação do processo de melhoria da pessoa, identificando indicadores de qualidade que não sejam somente a redução de sintomas;

- encorajamento ao automonitoramento, a identificação de estressores psicossociais e ao autocuidado;
- compartilhamento com a pessoa de informações acerca de seu estado de saúde, colhendo com ela o seu entendimento quanto ao seu processo, reavaliando sempre suas expectativas;
- com consentimento da pessoa, manter sua rede informada, avaliando com a rede as evoluções percebidas e as expectativas;
- acompanhamento das comorbidades clínicas com exames físicos periódicos, sinais vitais, peso e exames laboratoriais, especialmente quando no uso de algumas medicações controladas;
- atendimento e manejo das agudizações, compartilhando a responsabilidade das internações e altas, desestimulando a institucionalização;
- busca ativa dos egressos de internações hospitalares, tentativas de suicídio e exposição a violências.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muito se discute sobre a necessidade da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) evoluir em qualidade, desenvolver indicadores que demonstrem sua efetividade, especialmente se fortalecer como substitutiva da internação hospitalar. Estudos demonstram que a ausência de fluxos claros e pactuados com definição de competências e responsabilizações despotencializam o cuidado em rede. Este conjunto compromete os serviços e deixa a RAPS frágil diante dos atuais retrocessos da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM).

Esta pesquisa nasceu concomitantemente ao Planejamento do Departamento de Atenção Psicossocial (DAP) e tinha o objetivo de propor diretrizes para alcançar um cuidado integral à pessoa em sofrimento psíquico na RAPS.

Ao término desta, foi possível observar como as pessoas com sofrimento psíquico eram cuidadas na rede, sensibilizar gestores e trabalhadores sobre a importância do cuidado integral em saúde mental, identificar fragilidades e potencialidades na rede e trazer as categorias profissionais para uma construção conjunta do apoio matricial (AM), dos fluxos e protocolos de acesso aos serviços, definindo competências e responsabilidades.

Como uma pesquisa-ação, os resultados apresentados são frutos de uma construção conjunta, especialmente a organização do processo de matriciamento na rede com estabelecimento de critérios padronizados e homogêneos. O Protocolo de Acesso à Psiquiatria é a concretização das várias discussões coletivas feitas. A coordenação deste processo com articulação, compilação das informações e organização foi feita pelo DAP, no qual estava inserida. Os demais processos disparados a partir da organização do processo matricial da psiquiatria, como de reorganização do processo de trabalho e AM da psicologia e serviço social, foram incentivados, discutidos e acompanhados pelo DAP, os quais estão em processo de validação pelos setores da gestão.

A organização do AM ampliou os espaços de matriciamento dos psiquiatras do Nasf-AB e equipes dos CAPS com as equipes da Atenção Básica, incluindo o apoio à distância (por email) e a reorganização do apoio presencial a partir das necessidades dos territórios e equipes. Além disso, estabeleceu uma padronização para o matriciamento, homogeneizando critérios, atividades e meios para o AM.

O Protocolo da Psiquiatria trouxe uma delimitação de competências entre os serviços da RAPS para as situações de sofrimento

psíquico. O acesso regulado para os psiquiatras do Nasf-AB por meio do SISREG com o Protocolo de Acesso à Psiquiatria otimizou os atendimentos e agendas da psiquiatria, evidenciou as equipes mais frágeis no cuidado em saúde mental e produziu dados que podem nortear tanto a contratação e distribuição dos especialistas na rede como um Programa de Educação Permanente (EP). Ainda, tanto o apoio à distância e a regulação via SISREG se configuram como uma ferramenta de EP por teleconsultoria.

A Diretriz para o Cuidado Integral à Pessoa em Sofrimento Psíquico é um material intelectual construído por mim e é o resultado da minha experiência na prática assistencial e na gestão da saúde mental municipal. Ela se propõe a subsidiar as dificuldades vivenciadas no cuidado, a responder muito das percepções tidas durante a gestão dos equipamentos da RAPS e das fragilidades identificadas durante esta pesquisa sobre o cuidado integral à pessoa em sofrimento psíquico na rede. Imagina-se que ela possa auxiliar as equipes a ampliarem seus olhares para o sofrimento, deixando-as mais sensíveis às situações e aos diferentes fatores contribuintes do sofrimento, uniformizando e qualificando as avaliações das pessoas em sofrimento psíquico.

A organização do AM na rede, os Protocolos e a Diretriz para o Cuidado Integral à Pessoa em Sofrimento Psíquico podem melhorar a corresponsabilização entre as equipes, o cuidado integral às pessoas em sofrimento e garantir um trânsito mais seguro na rede. Os futuros processos de reorganização da psicologia e serviço social irão compor os protocolos de saúde mental na rede, potencializando as diretrizes clínicas e técnicas para o cuidado das situações de sofrimento psíquico.

Para finalizar, deixa-se como sugestão ao DAP a institucionalização da Diretriz para o Cuidado Integral à Pessoa em Sofrimento Psíquico, a incorporação de um Programa de Educação Permanente para a RAPS e o fortalecimento do Planejamento em Saúde nos CAPS com criação e acompanhamento de indicadores.

Por fim, conclui-se que não há êxito possível sem uma construção conjunta que reflita verdadeiramente as dificuldades e fragilidades da prática assistencial, sendo suas soluções e proposições também um trabalho coletivo que fomente o comprometimento tanto de gestores como dos profissionais.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo. New Subjects: New Rights: The Debate About the Psychiatric in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, Jul./Set. 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1995000300024>. Acesso em 02 Maio 2017.
- BRASIL. Lei 10.216, de 6 de Abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Ministério da Saúde, BRASIL.
- _____. Portaria nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002. **Estabelece os Centros de Atenção Psicossocial e suas modalidades**. Ministério da Saúde, BRASIL.
- _____. Ministério da Saúde. **Saúde mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica, jan. 2003.
- _____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental e Atenção Básica – O vínculo e o diálogo necessários**. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação Geral de Atenção Básica, 2003.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Opas. Brasília, novembro de 2005.
- _____. Portaria nº 648. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Ministério da Saúde, BRASIL, 2006.
- _____. Portaria n. 4.279, de 30 de Dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes de organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Ministério da Saúde, 2010a, BRASIL.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais da saúde**. Brasília, 2010b, 104 p.

- _____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Ministério da Saúde, 2010c, 72p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c. 64 p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010d.
- _____. Portaria n. 2.488, de 21 de Outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica (AB), para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários (PACS)**. Ministério da Saúde, 2011a, BRASIL.
- _____. Decreto 7.508, de 28 de Junho de 2011. **Regulamenta a Lei n 8080/90 para dispor sobre a organização do SUS**. Ministério da Saúde, 2011b, BRASIL.
- _____. Portaria 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)**. Ministério da Saúde, 2011c, BRASIL.
- _____. Portaria 2.546, de 27 de Outubro de 2011. **Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes)**. Ministério da Saúde, 2011d, BRASIL.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica n. 34, Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas rede de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, 2013b, 28 p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos HumanizaSUS– vol. 5 - Saúde Mental**. Brasília, 2015a.
- _____. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. **Saúde Mental em Dados – 12, Ano 10, n 12, outubro de 2015, Brasília, 2015b, 48 p.**

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015c, 100p.

_____. Portaria 2.436 de Setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Ministério da Saúde, 2017a, BRASIL.

_____. Portaria de Consolidação n. 3, de 28 de setembro de 2017. **Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.** Ministério da Saúde, 2017b, BRASIL.

_____. Portaria 3588, de 21 de Dezembro de 2017. **Dispõe sobre a Rede de Atenção Psicossocial e dá providências.** Ministério da Saúde, 2017c, BRASIL.

BALLARIN, Maria Luisa Gazabim Simões; CARVALHO, Fábio Bruno; FERIGATO, Sabrina Helena. Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. **O Mundo da Saúde**, v.34, n.4, p.444-50, 2010. Disponível em:

<<http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/44032/1/S1414-32832012000300014.pdf>>. Acesso em 04 de Junho de 2017.

BARROS, Sônia; OLIVEIRA, Márcia Aparecida Ferreira de; SILVA, Ana Luisa Aranha e. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. spe, p. 815-819, Dec. 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000500013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 Maio de 2017.

BELMINO, Marcus Cezar (org). **Gestalt Terapia e atenção psicossocial.** Fortaleza: Premius, 2015, 305p.

BOFF, Leonardo. O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. **Inclusão Social.** Brasília, v. 1, n. 1, p. 28-35, out./marc., 2005.

Disponível em: <<http://revista.ibict.br/inclusao/article/view/1503/1689>>. Acesso em 13 de Maio de 2017.

BEZERRA, Edilane; DIMENSTEIN, Magda. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 28, n. 3, p. 632-645, 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932008000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 de Julho de 2018.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; GUERRERO, André Vinicius Pires (org.). **Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada**. Editora Hucitec, 2010.

_____; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, Fev. 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 9 de Julho de 2018.

CASTRO, Margarete; PEREIRA, Wilza Rocha. Cuidado integral: concepções e práticas de docentes de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 486-493, June 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 May 2017.

CARDOSO, Lucilene; DONATO, Edilaine C. Silva Gherardi; ZANETTI, Ana Carolina Guidorizzi. **Avaliação do Estado Mental I**. Em: FONSECA, Luciana Mara Monti. RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani. Aprender para cuidar em enfermagem: situações específicas de aprendizagem. Ribeirão Preto: USP/EERP, 2015.

CHENIAUX, Junior Elie. **Manual de Psicopatologia**. Rio de Janeiro: Guanabara, 4ª Ed., 2011.

COSTA-ROSA, Abílio da. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva**. São Paulo: Editora Unesp, 2013.

CORDIOLI, Aristides Volpato; ZIMMERMANN, Heloisa Helena; KESSLER, Félix. **Rotina de avaliação do estado mental**. 2004.

Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20do%20Estado%20Mental.pdf>>. Acesso em 28 de Abril de 2018.

CHIAVERINI, Dulce Helena (org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011, 236 p.

DEL-BEN, Cristina Marta et al. Emergências Psiquiátricas: manejo de agitação psicomotora e avaliação de risco suicida. **Rev. Medicina de Ribeirão Preto**, Ribeirão Preto, v. 50, supl. 1, p. 98-112, jan.-fev., 2017. Acesso em 19 de Março de 2017. Disponível em:

<<http://revista.fmrp.usp.br/2017/vol50-Supl-1/SIMP10-Emergencias-Psiquiatricas.pdf>>.

DUTRA, Elza. A narrativa como uma técnica de pesquisa fenomenológica. **Estudos da Psicologia**, Rio Grande do Norte, v. 7, n. 2, p. 371-378, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v7n2/a18v07n2.pdf>>. Acesso em 14 de Maio de 2017.

DUNCAN, Bruce B et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

FLEURY, Sônia. Unfair Inequalities: the health care counter right. **Psicologia e Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 23, n. spe., p. 45-52, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23nspe/a07v23nspe.pdf>>. Acesso em 1 de maio de 2017.

FERREIRA, Thayane Pereira da Silva et al. Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 373-384, Jun. 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000200373&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 Maio 2017. Florianópolis, Prefeitura Municipal de. **Secretaria Municipal de Saúde**. Disponível em:

<http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/unidades_saude/populacao/uls_2015_index.php>. Acesso em 10 de Maio 2017.

FRANCO, Túlio Batista; MAGALHÃES, Helvécio Miranda. **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Editora HUCITEC, 2004.

_____, Camilla Maia; FRANCO, Túlio Franco. **Linhas do Cuidado Integral: Uma Proposta de Organização da Rede de Saúde**. 2012.

Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000728_Linha%20cuidado%20integral%20conceito%20como%20fazer.Pdf>. Acesso em 10 de maio 2017.

FROSI, Raquel Valiente.; TESSER, Charles Dalcanale. Mental health care practices in primary health care: an analysis based on experiences developed in Florianópolis, **Brazil. Ciênc. e Saúde, Col.**, Rio de Janeiro, v 20, n 10, Oct. 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003151>. Acesso em 09 de Maio de 2017.

FILIPPON, Jonathan; KANTORSKI, Luciane Prado. Humanização e loucura, em busca do humano que dialoga saúde. **Physis**, Rio de

Janeiro, v. 22, n. 2, p. 659-680, Jun 2012 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 2 de Junho 2017.

FIGUEIREDO, Mariana Dorsa; CAMPOS, Rosana Onocko. Saúde Mental e Atenção Básica à Saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica. **Saúde em Debate**, v. 32, jan/dez. 2008, p.143-9. Disponível em:

<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341773014>> . Acesso em 27 de Setembro de 2018.

GOLEMAN, Daniel. **Inteligência Emocional**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2011.

GROSSEN, M.; ORVIG, S. A. **Entrevistas clínicas vistas como interações verbais: uma perspectiva multidisciplinar**. Pragmatics, v. 8, n. 2, p. 149-154, 1998.

GUEDES, Carla Ribeiro; NOGUEIRA, Maria Inês; CAMARGO JR., Kenneth R. Subjectivity as anomaly: epistemological contributions for a criticism of the biomedical model. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 11, n. 4, p. 1093-1103, Dez. 2006. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400030&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 de Maio de 2017.

JUNGES, José Roque; BARBIANI, Rosângela; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. Planejamento Estratégico como exigência ética para a equipe e a gestão local da Atenção Básica em Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 19, n. 53, p. 265-274, Jun. 2015 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000200265&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 Maio de 2018.

LANCMAN, Selma; UCHIDA, Seiji. Work and Subjectivity: the psychodynamic of the work view. **Cad. psicol. soc. trab.**, São Paulo , v. 6, p. 79-90, dez. 2003 . Disponível em

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172003000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 25 maio 2017.

LIMA, Maura; DIMENSTEIN, Magda. O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 20, n. 58, p. 625-635, Set. 2016 .

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000300625&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 Julho 2018.
 MACIEL, Ana Paula et al. **Apoio Matricial em Saúde Mental: Tecendo Caminhos na Atenção Primária**. Renome Rev. Norte Mineira de Enfermagem, v. 5, n. 2, p. 127-147, 2016. Disponível em: <<http://www.renome.unimontes.br/index.php/renome/article/view/115>>. Acesso em 15 de Jul. 2018.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011, 549 p. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes_de_atencao_mendes_2.pdf>. Acesso em 09 de Jun. de 2017.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 77-92, Mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702014000100077&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 2 de Junho de 2017.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____; FEUERWERKER, Laura. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Mandarino ACS, Gomberg E, organizers. *Leituras de novas tecnologias e saúde*. São Cristóvão (SE): Ed. UFS; 2009. p. 29-74.

_____; FRANCO, Túlio Franco. Por uma Composição Técnica do Trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **Saúde em Debate**, v. 27, n 65, p. 316-323, set./dez. 2003. Disponível em: <http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?bib=SAUDEDEBATE&pesq=Titulo%20do%20Artigo:%20POR%20UMA%20COMPOSICAO%20eCNICA%20DO%20TRABALHO%20EM%20SAUDE>. Acesso em 10 de Jun. de 2017.

MEDEIROS, Roberto Henrique Amorim. Uma noção de matriciamento que merece ser resgatada para o encontro colaborativo entre equipes de saúde e serviços no SUS. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1165-1184, Dez. 2015. Disponível em: <

73312015000401165&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 de Julho de 2018.

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

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712013000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 9 de Julho de 2018.

MORAIS, Ana Patrícia Pereira; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Apoio matricial em saúde mental: alcances e limites na atenção básica. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 161-170, Mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 9 de Julho de 2018.

MOREIRA, Karolyne Braga; VIEIRA, Camilla Araújo Lopes. Acolhimento às pessoas em sofrimento psíquico: desafio à Reforma Psiquiátrica. *Sanare*, Sobral, v. 17, n. 1, p. 102-109, jan./jun., 2018. Disponível em:

<<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1228>>. Acesso em 26 de Setembro de 2018.

MINOIA, Natali Pimentel; MINOZZO, Fabiane. Acolhimento em Saúde Mental: Operando Mudanças na Atenção Primária à Saúde. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 35, n. 4, p. 1340-1349, Dec. 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932015000401340&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 Mar. 2018.

OMS, Organização Mundial de Saúde. **Manual mhGAP de Intervenções para Transtornos Mentais, Neurológicos e por Uso de Álcool e outras Drogas para a Rede de Atenção Básica à Saúde**. 2010.

OLIVEIRA, Gustavo Nunes. **Devir apoiador: uma cartografia da função apoio**. 2011. 168 f. Tese (Doutorado) – Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 43-50, Fev. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 de Julho de 2018.

- PEREIRA, Tânia Conceição. Roteiros da Entrevista Clínico-Psiquiátrica – Diretrizes Teórico-Metodológicas: “A Rotina Estabelecida pela Tradição e pelos Costumes”. **Rev. Linguagem em (Dis)curso**, v. 10, n.3, Palhoça, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1518-76322010000300012&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em 14 de Abril de 2018.
- PESSÔA, Luisa Regina; SANTOS, Eduardo Henrique de Arruda; TORRES, Kellem Raquel Brandão de Oliveira (org.). **Manual do Gerente: desafios da média gerência na saúde**. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp), 2011, 208p.
- PCRJ, Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Atenção Primária. **Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção**. Rio de Janeiro: 2016, 1ª ed..
- PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo. **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006, 484p.
- PINHEIRO, Maria do Carmo Buonafina. **Projeto de Intervenção: Acolhimento como Diretriz Operacional no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) José Carlos Souto**. 2010. 63 f. Monografia (Especialização) – Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2010.
- SCHNEIDER, Alessandra Ritzel dos Santos. A rede de atenção em saúde mental: a importância da interação entre a atenção primária e os serviços de saúde mental. **Rev. Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v.2, n.2, p. 78-84, jul./dez. 2009. Acesso em 14 Maio de 2017. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/4843>>.
- SILVA, Maura Lima Bezerra; DIMENSTEINS, Magda Diniz Bezerra. Manejo da crise: encaminhamento e internação psiquiátrica em questão. **Arq. Bras. Psicol.** . 2014 v. 66, n. 3, p. 31-46, 2014. Disponível em: <<http://146.164.3.26/index.php/abp/article/view/865/875>>. Acesso em 23 de Abril de 2017.
- SILVA, Denise Guerreiro Vieira; TRENTINI, Mercedes. Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 423-432, Jun. 2002. Disponível em: <

11692002000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 Maio de 2017.

SILVEIRA, Daniele Pinto; VIEIRA, Ana Luiza Stiebler. Reflexões sobre a ética do cuidado em saúde: desafios para a atenção psicossocial no Brasil. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro , v. 5, n. 1, p. 92-101, jun. 2005 . Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812005000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 04 jun. 2017.

SILVEIRA, Elaine Rosner. Práticas que integram a saúde mental à saúde pública: o apoio matricial e a interconsulta. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 9, p. 2377-2386, Set. 2012.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 de Julho de 2018.

SOARES, Susana. **A dimensão técnico-pedagógica do matriciamento em saúde mental**. 2015. 63 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

SOUSA, Fernando Sérgio Pereira de et al . Tecendo a rede assistencial em saúde mental com a ferramenta matricial. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 4, p. 1579-1599, dez. 2011. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000400021&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10 de Julho de 2018.

TELESSAÚDE HOSPITAL DE CLÍNICAS – **Portal do Centro de Telessaúde Hospital de Clínicas – UFMG**. Disponível em:

<http://www.telessaude hc.ufmg.br>. Acesso em 10 de Julho de 2018.

TERENCE, Ana Cláudia Fernandes; ESCRIVÃO FILHO, Edmundo. Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa-ação nos estudos organizacionais. **Anais eletrônicos da Associação Brasileira de Engenharia de Produção do XXVI ENEGEP**, Fortaleza, CE, 26, 2006. Disponível em:

<http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2006_TR540368_8017.pdf>. Acesso em 23 de Abril de 2017.

TRIPP, David. Action research: a methodological introduction.

Educação e Pesquisa, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, set./dez. 2005.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ep/v31n3/a09v31n3.pdf>>.

Acesso em 23 de Abril de 2017.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia. **Pesquisa Convergente Assistencial**. Florianópolis: Insular, 2004.

_____, Mercedes SILVA; PAIM, Lygia; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira. O método da pesquisa convergente assistencial e sua aplicação na prática de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 4, e1450017, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n4/0104-0707-tce-26-04-e1450017.pdf>>. Acesso em 10 Abril de 2018.

YASUI, Silvio; COSTA-ROSA, Abílio. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78-79-80, 2008, p. 27-37. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341773003>>. Acesso em 9 de Julho de 2018.

ZEFERINO, Maria Terezinha et al. Percepção dos trabalhadores da saúde sobre o cuidado às crises na Rede de Atenção Psicossocial. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/1414-8145-ean-20-03-20160059.pdf>>. Acesso em 10 de Jun. de 2017.

ZARDO, Isauria. **Ferramenta Integrada de Apoio Matricial – uma Proposta para o Núcleo de Telessaúde SC**. 2012. 63 f. Monografia (Especialização) - Curso de Especialização em Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012

ANEXO 1- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC número 924.432/2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL: DISCURSOS E PRÁTICAS

Pesquisador: MARIA TEREZINHA ZEFERINO

Área Temática:

Versão:

CAAE: 39378213.4.0000.0121

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 924.432

Data da Relatoria: 07/12/2014

Apresentação do Projeto:

Trata o presente de um projeto de pesquisa sob a responsabilidade de Maria Terezinha Zeferino, professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSC, que assina como pesquisadora responsável a folha de rosto em conjunto com a Chefe do Departamento de Enfermagem da mesma instituição.

A pesquisa será exploratória descritiva com abordagem qualitativa, junto a trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) visando verificar o impacto da vivência de ser tutor do Curso Crise e Urgência em Saúde Mental sobre o cuidado em rede às pessoas em situação de crise e urgência em saúde mental.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a implementação e articulação dos diferentes pontos da Rede de Atenção Psicossocial no Brasil para a atenção as situações de crise e urgência em saúde mental, na perspectiva de seus trabalhadores.

Objetivo Secundário:

a. Caracterizar os trabalhadores da RAPS que participaram do Curso Crise e Urgência em Saúde

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 924.432

Constam na Plataforma os documentos solicitados para a submissão do projeto:

- 1) Folha de rosto devidamente assinada;
- 2) Formulário Projeto da Pesquisa - PB;
- 3) Projeto de Pesquisa estruturado na íntegra;
- 4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e
- 5) Declaração de concordância expedida pela instituição

Recomendações:

Incluir no TCLE que o documento será assinado em duas vias de igual conteúdo

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando o que foi apresentado, sou de parecer favorável à aprovação deste processo

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANOPOLIS, 20 de Dezembro de 2014

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

Bairro: Trindade

CEP: 88.040-900

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-9206

Fax: (48)3721-9696

E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada: “Construindo Diretrizes de Cuidado Integral em Atenção Psicossocial: Integrando Redes”, que tem como objetivo construir uma diretriz para o cuidado integral na RAPS do Município. Esta pesquisa será realizada pela mestranda do Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, da Universidade Federal de Santa Catarina, Daymêe Taggesell de Córdova, sob orientação e responsabilidade da professora Dra. Maria Terezinha Zeferino.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC sob o número de parecer 924.432/2014. Sua participação consistirá em responder aos questionamentos acerca do funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial. Caso você aceite, essa entrevista poderá ser audiogravada e, posteriormente transcrita, ficando claro que a mesma ficará apenas de posse da aluna e da orientadora deste estudo.

A pesquisa não oferece riscos ou constrangimentos e, participando, poderá refletir sobre suas percepções e enfrentamentos, além de contribuir para o desenvolvimento de ações e melhorias nos processos que permeiam o cuidado em saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial. Esta pesquisa também não lhe trará nenhum gasto e a sua participação é voluntária e de extrema importância para a conclusão deste trabalho. Porém, a qualquer momento, você poderá se negar a participar ou mesmo desistir de participar se assim o desejar, sem que haja qualquer penalização, basta que comunique o fato a pesquisadora. Você poderá ter acesso ao relatório do estudo, caso solicite, tendo o suporte da acadêmica para tirar possíveis dúvidas. Durante o estudo e após o seu término, todas as informações serão guardadas por cinco anos no Laboratório de Tecnologia e Inovação na Educação, Pesquisa e Extensão em Atenção Psicossocial e Drogas, após este período, o material será destruído.

A pesquisa se orienta e obedece aos cuidados éticos definidos pela Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Você tem a garantia de que os dados fornecidos são confidenciais e os nomes dos participantes não serão identificados em nenhum momento, visando assegurar o anonimato e confidencialidade ao estudo. Os dados serão utilizados em publicações científicas ou divulgação em eventos científicos, no entanto, reitera-se que serão garantidos o sigilo e a confidencialidade referente à identificação dos participantes da pesquisa.

Esperamos que os resultados da pesquisa possam contribuir para melhor orientar as ações e estratégias adotadas pelos profissionais de saúde e gestores que atuam no cuidado à saúde mental, reconhecendo os pontos de atenção para o cuidado integral ao sofrimento psíquico, além de proporcionar mais subsídios para futuras pesquisas relacionadas ao cuidado integral em saúde mental. Conto com a sua participação!

Caso você tenha ainda alguma dúvida em relação à pesquisa ou quiser desistir em qualquer momento poderá entrar em contato através do telefone (48) 37213424, ou por e-mail terezinha.zeferino@ufsc.br ou daymeecordova@gmail.com ou, ainda, pelo endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, Trindade, Florianópolis/Santa Catarina. Brasil. CEP:88040-900 – CCS Bloco I – Sala 513. Se você desejar informações sobre o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UFSC) pode entrar em contato pelo telefone: (48) 37219206, sem que haja qualquer prejuízo a você ou à pesquisa.

Solicitamos a sua autorização para o uso de seus dados e produção de artigos técnicos e científicos. A sua privacidade será mantida através da não identificação do seu nome.

Termo de Consentimento Pós-Informado

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa intitulada “Construindo Diretrizes de Cuidado Integral em Atenção Psicossocial: Integrando Redes”. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, os objetivos, as finalidades do estudo, os termos de minha participação assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes desta. Assino o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, sendo que uma cópia se destina a mim (participante) e a outra ao pesquisador. As informações fornecidas aos pesquisadores serão utilizadas na exata medida dos objetivos e finalidades da pesquisa, sendo que minha identificação será mantida em sigilo e sob a responsabilidade dos proponentes da pesquisa. Não receberei nenhuma remuneração e não terei qualquer ônus financeiro (despesas) em função do meu consentimento espontâneo em participar da pesquisa. Independentemente deste consentimento, fica assegurado meu direito a retirar-me da pesquisa em qualquer momento e por qualquer motivo, sendo que para isso comunicarei minha decisão a um dos proponentes da pesquisa acima citados.

Florianópolis: ____/____/____.

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura

Apêndice 2 – Protocolo de Acesso à Psiquiatria



**Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Atenção à Saúde**

PROTOCOLO DE ACESSO PSQUIATRIA Versão 2017

Dúvida, críticas e sugestões: psiquiatriapmf@gmail.com

1. Definir quais as condições clínicas que tem benefício para a uma consulta com a especialidade, os critérios de encaminhamento:

O protocolo de acesso tem por objetivo responder duas questões principais ao médico regulador e orientar os profissionais que atuam na Atenção Primária a Saúde (APS). As duas questões chave são:

1. O paciente tem indicação clínica para ser encaminhado ao serviço especializado?

2. Quais são os pacientes com condições clínicas ou motivos de encaminhamento que devem ter prioridade de acesso?

**PARA USO DO MÉDICO REGULADOR
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/REGULAÇÃO**

Emergência

Encaminhamento imediato à porta de entrada de urgência mais próxima (UPA, Portas Hospitalares de Atenção às Urgências), conforme a especificidade e faixa etária. É necessário o contato prévio com a instituição.

Deliberação

096/CIB/2016

Não devem ser inseridos no SISREG!

Necessidade de atendimento imediato, em que há risco iminente à vida, tais como:

- Tentativa de Suicídio;
- Risco de suicídio (quando não existir suporte sociofamiliar capaz de conter o risco);
- Risco de auto ou heteroagressão (quando não existir suporte sociofamiliar capaz de conter o risco);
- Intoxicação aguda grave por álcool, cocaína, anfetaminas, drogas sintéticas;
- Síndrome de Abstinência de Álcool (grave);
- Necessidade de desintoxicação hospitalar;
- Alterações de comportamento associadas à diminuição do nível de consciência (Crisis Convulsivas, *Delirium*, TCE, AVC).

Urgência

Encaminhamento para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do município, conforme a especificidade, faixa etária e referência territorial (CAPS Ponta do Coral, CAPS Infantil, CAPS AD Continente ou CAPS AD Ilha). É importante o contato prévio com a instituição.

Não devem ser inseridos no SISREG!

Necessidade de atendimento urgente no mesmo dia, ou nos próximos dias, sem risco iminente à vida, tais como:

- Risco de suicídio (quando houver suporte sociofamiliar capaz de conter o risco);
- Risco de auto ou heteroagressão (quando existir suporte sociofamiliar capaz de conter o risco);
- Transtornos mentais graves e/ou associados ao uso de álcool e outras drogas com necessidade de

	<p>intensificação de cuidados;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transtornos mentais graves e/ou associados ao uso de álcool e outras drogas em situação de intensa vulnerabilidade social (em situação de rua, frágil rede de apoio familiar/social); - Situações de crise e/ou urgência em saúde mental, álcool e outras drogas que demandem avaliação especializada em período inferior a sete (07) dias.
<p>Prioridade não urgente</p>	<p>Necessidade de atendimento especializado não urgente, tais como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliação especializada com vistas a esclarecimento diagnóstico; - Necessidade de avaliação a situações em que há ausência de resposta ou resposta parcial a pelo menos duas estratégias terapêuticas farmacológicas eficazes por, pelo menos, 8 semanas cada; - Necessidade de reavaliação quando as condutas sugeridas pelo especialista foram realizadas, mas não houve a resposta esperada; - Avaliação quanto à necessidade de intervenções especializadas, após terem-se esgotados os recursos da Equipe de Saúde da Família; - Conforme indicação do PACK Brasil Adulto: versão Florianópolis.
<p>Eletivo Não serão agendados para a especialidade a priori,</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Demais casos em que haja a necessidade de discussão com o especialista a fim de:

sugere-se usar o apoio matricial regulado para discussão do caso	<ul style="list-style-type: none">- Qualificação da demanda para eventual regulação, se necessário;- Estabelecimento/alteração do projeto terapêutico singular de determinado usuário/família;- Dúvidas quanto a efeitos terapêuticos/adversos de psicofármacos em uso;- Questões não contempladas pelo PACK Brasil Adulto: versão Florianópolis.
---	---

Apêndice 3 - Diretriz para o Cuidado Integral da Pessoa em Sofrimento Psíquico



**DIRETRIZ PARA O CUIDADO
INTEGRAL DA PESSOA
EM SOFRIMENTO PSÍQUICO**



SUMÁRIO

O que é sofrimento psíquico?	05
O que é uma crise ou urgência em saúde mental?	06
onde a pessoa em sofrimento deve ser atendida?	07
o que é atendimento psicossocial?	08
o que é redução de danos (RD)?	09
Como me comportar diante de uma pessoa em sofrimento?	10
E se a pessoa estiver em risco?	13
Como avaliar a pessoa em sofrimento?	14
O que considerar na avaliação?	16
Exame físico	22
Exame neurológico	23
Exame do estado mental	24
Aparência	24
Atividade psicomotora e comportamento	25
Atitude perante o examinador	25
Comunicação verbal com o examinador	26
Funções Psíquicas	26
Casomi (<i>consciência, atenção, sensopercepção, orientação, memória e inteligência</i>)	26
Consciência	27
Atenção	27
Sensopercepção	27

Orientação	28
Memória	28
Inteligência	29
Apejucol (<i>afetividade, pensamento, juízo crítico, conduta, linguagem</i>)	29
Afetividade e humor	29
Pensamento	30
Juízo Crítico	31
Conduta	31
Linguagem	31
Funções psicofisiológicas	32
O que é um projeto terapêutico singular (PTS)?	33
O que colocar no encaminhamento?	34
Como fazer o manejo da pessoa com agitação importante?	36
Referências	37

O QUE É SOFRIMENTO PSÍQUICO?

O sofrimento psíquico não pode ser interpretado como uma doença, é um fenômeno universal e pode estar ligado aos ciclos, hábitos e experiências de vida e à diferentes fatores pessoais, ambientais, familiares, culturais, sociais, profissionais e econômicos. Não há separação entre corpo e mente, ambos se afetam. As pessoas interferem e são afetadas pelos ambientes que estão inseridas, não é possível dissociar sua existência-sofrimento dos contextos que transita. Cada pessoa é única, com recursos, mecanismos e estratégias próprias para lidar com a vida, por isso cada sujeito sente e responde de forma peculiar. O sofrimento pode ameaçar uma ruptura da pessoa e daí sim se expressar ou evoluir para um transtorno.



Como você gostaria de ser atendido num momento de sofrimento?

O QUE É UMA CRISE OU URGÊNCIA EM SAÚDE MENTAL?

As crises fazem parte do cotidiano das pessoas que estão permanentemente lidando com a complexidade da vida. É uma intensificação do sofrimento, inerente à existência humana, sem lugar para acontecer ou ser atendida. Um suporte de escuta humanizada com observação aos riscos à vida deve se estender longitudinalmente ao contexto de vida da pessoa. Na urgência há riscos à vida, porém o cuidado não deve se restringir somente à supressão química e/ou física da expressão subjetiva ou da prevenção da morte, deve incluir um olhar para além desta expressão.



Uma postura acolhedora, com escuta humanizada e construção de vínculo deve ser a base do atendimento da pessoa em sofrimento. A escuta pode ser feita por qualquer profissional da saúde.

ONDE A PESSOA EM SOFRIMENTO DEVE SER ATENDIDA?

Na **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)** para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Entre outros serviços, a RAPS é composta por: Unidades Básicas de Saúde (UBS), Equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), Equipe de Consultório na Rua (eCR), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), SAMU e Hospitais (Portaria de Consolidação nº. 3 de setembro de 2017). As Unidades Básicas de Saúde compõem tanto o componente da Atenção Básica quanto de Urgência e Emergência. E estão no centro da RAPS

A Comunidade Terapêutica (CT) também é um ponto da RAPS, sendo regulada pelo CAPS Álcool e Drogas, sendo voluntária a internação. É indicada quando se esgotam as possibilidades de tratamento ambulatorio. A internação hospitalar deve ser utilizada nas situações de crise ou urgência não possíveis de serem manejadas nos serviços extra-hospitalares. E, quando necessária, deve ser breve.



Quando a equipe indica a internação tem a responsabilidade pelo manejo da pessoa, mesmo que em conjunto com os profissionais do SAMU

O QUE É ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL?

A Atenção Psicossocial traz a Clínica Ampliada como proposta de cuidado. O cuidado se amplia para a interdisciplinaridade com participação do sujeito nas propostas terapêuticas. O tratamento não se restringe ao uso de medicamento, amplia-se para estratégias psicossociais de cuidado que impactem as diferentes esferas da vida da pessoa. O foco é na pessoa e em suas necessidades, não na doença ou diagnóstico. Não se busca somente a supressão dos sintomas, mas a elaboração do sofrimento e novos modos de existência que incluam o desenvolvimento da autonomia e do protagonismo do sujeito. Abandona-se a ideia de hegemonia tradicional.



O cuidado se alicerça na relação, na referência, no vínculo e na confiança.

O QUE É REDUÇÃO DE DANOS (RD)?

Estratégia e diretriz de cuidado que visa diminuir as vulnerabilidades de risco social, individual e comunitário decorrentes do uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas (SPA), com foco na pessoa e na construção conjunta de estratégias de cuidado e autocuidado. A escolha pela não interrupção do uso de alguma droga (lícita ou ilícita) não deve impedir o atendimento e acompanhamento da pessoa. O acompanhamento deve ser baseado em estratégias de baixa exigência, no vínculo e no acesso que oportunize momentos para se trabalhar o cuidado, a elaboração do sofrimento e a construção de novos sentidos e possibilidades.

- A falta do cartão do SUS não deve impedir o acolhimento da pessoa no serviço.
- Procedimentos burocráticos devem ser evitados.
- Pessoas em situação de rua não precisam de comprovante de residência para fazer o cartão do SUS e devem ser atendidas onde se sentem mais à vontade, preferencialmente no território onde transitam e dormem.
- O acesso a uma escuta sensível e precoce pode prevenir a exacerbação do sofrimento e, conseqüentemente, um desfecho trágico.

COMO ME COMPORTAR DIANTE DE UMA PESSOA COM SOFRIMENTO INTENSO?

- ✓ Adotar atitudes que não causem lesão à pessoa (ver contenção mecânica e química)

Adotar escuta ativa e terapêutica, mantendo olhar atento na pessoa de forma que se sinta legitimada, proporcionando

- ✓ espaço de escuta e reflexão, acolhendo e legitimando as queixas emocionais.

Valorizar as queixas sem explicação médica, investigando a existência de fatores psicossociais, ofertando escuta terapêutica e estratégias psicossociais de cuidado.

- ✔ Promover acessibilidade à escuta sempre que necessária, em espaço tranquilo e privado para que a pessoa possa falar sobre seu sofrimento, suas angústias e medos, oferecendo escolhas e tempo para a pessoa pensar, respeitando seus momentos de silêncio.
- ✔ Manter atitude calma, respeitosa, direta, empática, demonstrando-se disponível e afetuoso.
- ✔ Manter empatia para estimular a fala com postura de neutralidade quanto aos seus valores pessoais enquanto profissional.
- ✔ Evitar juízos de valor moral, especialmente para não desestimular a exposição de assuntos delicados e significativos para a pessoa.
- ✔ Utilizar frases curtas e diretas, linguagem clara (evitar terminologias técnicas) e tranqüila, repetindo sempre que necessário, evitando irritabilidade, ameaça ou confronto.
- ✔ Usar comunicação compatível à faixa etária, cultura e gênero.
- ✔ Esclarecer dúvidas, mantendo diálogo franco e honesto.
- ✔ Evitar um "inquérito policial", dar espaço para a pessoa narrar sua história.
- ✔ Monitorar e gerenciar seus próprios sentimentos e reações.

- ✓ Adotar método de resolução de problemas, sendo compreensivo e reconfortante.
- ✓ Respeitar a dignidade da pessoa.
- ✓ Observar estratégias de segurança da ambiência, para a pessoa e terceiros, evitando fatores desencadeantes, identificando fatores que ajudem a debelar a crise, inclusive aqueles identificados pela própria pessoa.
- ✓ Evitar mudanças bruscas de assunto e/ou movimentos agressivos, assim como interrupções.
- ✓ Utilizar técnicas de gerenciamento do estresse ou de relaxamento, com exercícios respiratórios.
- ✓ Observar as expressões não verbais: pacientes com mãos fechadas, musculatura tensa, sentado na ponta da cadeira, inquieto, que fala alto de forma ameaçadora ou que blasfema, desconfiado, irritado, exaltado, eufórico, intoxicado por álcool ou outras drogas.
- ✓ Atender na ótica da redução de danos.
- ✓ Estimular o uso de rede de confiança da pessoa como apoio aos atendimentos e às tomadas de decisões.

E SE A PESSOA ESTIVER EM RISCO?

- ✓ Avaliar presença de uma rede sociofamiliar que a pessoa confie, vendo se é possível pactuar uma vigilância domiciliar.

- ✓ Na ausência de uma rede que possa conter o risco, a internação hospitalar pode ser usada como estratégia de proteção.

- ✓ Intensificar os retornos da pessoa com a equipe, o acompanhamento pelo Agente Comunitário e pela rede sociofamiliar, realizando busca ativa sempre que descontinuar o comparecimento.

- ✓ Sempre que necessário discutir e compartilhar o caso com o Nasf-AB e/ou CAPS, utilizando o matriciamento, a ferramenta de teleconsultoria assíncrona (email), contato telefônico e/ou encaminhamento corresponsável ao CAPS, hospital e Policlínica.



Notificar violências (autoprovocada, negligência, sexual, física, psicológica), abrir ficha de investigação, identificar violação de direitos e acionar/articular com os órgãos competentes (Assistência Social, Conselho Tutelar, Ministério Público, Delegacia, Poder Judiciário).

COMO AVALIAR A PESSOA EM SOFRIMENTO?

Antes de você iniciar a avaliação pense na importância da clínica ampliada!

A pessoa não se resume a um transtorno mental.

O foco da avaliação é a pessoa, suas vivências e suas expressões sintomatológicas.

O sofrimento não deve ser avaliado somente por Manuais ou Protocolos, pois estes não contemplam a subjetividade e a singularidade.

As pessoas são diferentes, sentem e reagem de forma diversificada, cada indivíduo desenvolve seus recursos psíquicos, não há como generalizar.

Amplie seu olhar, pratique a escuta e a empatia, busque em suas experiências os recursos para ajudar o outro e para olhá-lo sobre diversas perspectivas.

Use a interdisciplinaridade na avaliação.

Todos os profissionais de saúde podem escutar, avaliar e se comprometer na busca do cuidado integral.

A avaliação deve ser centrada na pessoa, na qual a referência são suas experiências. Deixar a pessoa contar sua história com suas próprias palavras e na ordem que julgar importante é a melhor maneira de conduzir uma avaliação. Nem sempre será possível em um único atendimento colher todas as informações necessárias, devendo ser processual e gradativa a aquisição destas. O foco é a perspectiva da pessoa. A escuta, portanto, permitirá o processo de avaliação, sem ela é quase impossível apreender todas as informações subjetivas e objetivas necessárias para uma avaliação de qualidade.

Nem sempre será necessário colher informações com outras fontes, parentes, amigos e outros, deve-se pactuar isso com a pessoa, identificando com ela as pessoas que mais confia, salvo em situações de risco à vida.



Sempre que possível, é essencial garantir à pessoa outros espaços de acolhimento e avaliação no serviço, ofertando espaços multidisciplinares para o desenvolvimento da clínica ampliada de forma a se observar e considerar todos os fatores participantes no sofrimento.

O QUE CONSIDERAR NA AVALIAÇÃO?

Idade: manifestações típicas e atípicas, crises de ciclos de vida, jovens e idosos maior risco de suicídio.

Sexo: mulheres tentam mais suicídio e homens tem mais sucesso no ato.

Nacionalidade/naturalidade: sofrimentos ligados às situações locais como guerras, refugiados, imigrantes, estudantes de outros países, uso de agrotóxicos em cidades rurais do país, incidência de neurocisticercose em algumas regiões.

Escolaridade: investigações quanto à deficiência intelectual, restrição cultural, perdas funcionais, dificuldades de aprendizagem (violências, negligências), de compreensão e autocuidado.

Cultura: a forma como se manifesta o sofrimento depende muito da educação cultural, a forma como cada cultura expressa o afeto, crenças religiosas.

Profissão: atividades laborais associadas aos sofrimentos, fatores ambientais e relacionais ligados ao sofrimento.

Religião: entendimento religioso acerca dos sofrimentos, crenças religiosas.

Estado Civil: rede e dinâmica familiar, genograma e ecomapa.

Renda: condições socioeconômicas provocam sofrimentos.

Em relação aos motivos da busca pelo atendimento: Deixar a pessoa narrar sua história e o motivo da busca pelo atendimento, evitar foco no sintoma ou na doença, investigar fatores psicossociais envolvidos no sofrimento. Identificar em conjunto com a pessoa a queixa mais urgente e que a incomoda mais. Estimular a reflexão quanto o papel ativo da pessoa no processo de seu sofrimento.

Em relação à queixa atual: Perguntar como a pessoa se sente, quando começou/frequência/intensidade da queixa, o que melhora ou piora a queixa, fatores desencadeantes, existência de comorbidades, uso de medicações ou SPA, outros tratamentos e resultados, histórico de internações, tentativas de suicídio/ideação/plano, histórico de violências (sexual, automutilação, psicológica, negligência), padrão do sono e alimentação, alterações nos hábitos/interesses/prazeres/comportamento/personalidade; presença de sintomas físicos (urinários, respiratórios, cansaço, alteração do peso ou qualquer outro importante para a pessoa).

Em relação à história pessoal: Relação e dinâmica familiar, com quem mora, quem são as pessoas em quem confia, relacionamento social, comportamentos e personalidade, histórico de violências e abusos na infância, sintomas na infância (medos, tiques, terror noturno, gagueira, agressividade, dificuldade de aprendizado, enurese, roer unhas, etc), histórico da gestação e

desenvolvimentos na infância/adolescência/fase adulta, lazer, atividade física, trabalho, dificuldades e evolução na escola, com quem mora, rede social, sexualidade, religião, interesses, habilidades, projetos, hábitos, uso de SPA/esteroides/prednisona/efavirenz/propranolol/metoclopramida/teofilina/contraceptivos (potencializam sintomas depressivos).

Em relação à história familiar:

Relações familiares, pais/irmãos/cônjuge/filhos, idades, saúde, causas de falecimentos, doenças familiares, dinâmica familiar, conflitos, acontecimentos importantes e marcantes.

Em relação à história patológica pregressa:

Antecedentes mórbidos, história de cuidado anterior, medicações, resultados, internações/cirurgias, episódios de violências/traumas/acidentes, convulsão, desmaios.

Em relação ao uso de substâncias psicoativas (SPA) e os prejuízos:

Padrão de consumo (uso recreativo, uso habitual, uso nocivo, dependência), grau de comprometimento/prejuízos, contexto do uso, relação com a substância, dinâmica e relações familiares, rede social, envolvimento com a polícia, sintomas de intoxicação e abstinência.

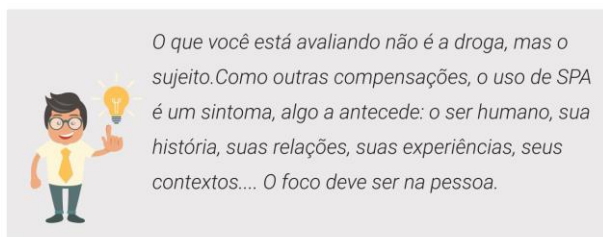


Figura 1 – Representação do fenômeno das drogas a partir do tripé indivíduo, contexto social, político e econômico-substância psicoativa.



Fonte: Adaptação da Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD/MS) baseado no modelo teórico de Olievenstein (1990).

Em relação à vontade de morrer:

Planos, tentativas, ideação, vontade de morrer, rede de suporte, acesso a meios, fatores de risco (adolescentes/jovens/idosos, comportamento de ambivalência/impulsividade/rigidez/construção – só visualiza um caminho possível, presença de dor emocional intolerável e intenso sofrimento psíquico especialmente com sintomas depressivos, tentativas prévias, ausência de rede capaz de conter o risco, uso abusivo de SPA, conflitos, desastres, exposição a diferentes violências – negligência, psicológica, sexual, física, bullying, perdas afetivas, isolamento social, trabalhadores rurais expostos a agrotóxicos e/ou precárias condições de vida, pessoas com doenças crônico-degenerativas, vulnerabilidade social – pessoas privadas de liberdade, em situação de rua, imigrantes, refugiados, indígenas - e expostos à discriminação – gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transgêneros) e proteção; ofertar apoio emocional, ajudar a encontrar estratégias para lidar com a crise atual; estabelecer vínculo terapêutico; ofertar espaço para fala e exposição dos sentimentos; fazer um contrato anti-suicídio; intensificar contato com a equipe.



Orientar a rede sociofamiliar quanto à vigilância da pessoa, com afastamento dos meios (medicações, arma de fogo, material perfurocortante, lugares altos, venenos, etc).

Em relação ao comportamento de automutilação:

Diferenciar a vontade de morrer para a de diminuir a dor emocional por meio da automutilação; avaliar se a automutilação acompanha ideação e planos de suicídio; investigar dinâmica e relações familiares, exposição a abusos e/ou violências, presença de conflitos e importante sofrimento psíquico, comprometimento social/escolar.

Lembre-se que a criança e o adolescente precisam ser escutados!

Orientar a rede quanto ao quadro de sofrimento da pessoa, a importância de se evitar julgamentos, críticas e desqualificações, bem como a importância do cuidado aos familiares/cuidadores.



O acolhimento institucional da criança e adolescente pode ser uma estratégia de proteção diante de situações de violência familiar e violação de direitos.

EXAME FÍSICO:

- Na presença de falta de ar, dor torácica e taquicardia é importante o exame torácico com ausculta cardíaca e pulmonar.
 - Apalpação da tireóide pode indicar alterações locais associadas às queixas de cansaço, sonolência, tristeza, perda de prazer em atividades e dificuldade de concentração.
 - Sinais vitais e peso são importantes para esclarecimento de fatores orgânicos, monitoramento no uso de algumas medicações controladas e no acompanhamento/confirmação/exclusão de transtornos alimentares; hipertermia, alterações da consciência, confusão, sonolência, perda de apetite sugere infecção/delirium em idosos.
 - Observar sinais e sintomas de intoxicação e abstinência alcoólica como cheiro de álcool no hálito, rubor facial, euforia, alterações da fala, fala pastosa, alteração de sinais vitais e glicemia, náuseas e/ou vômitos, tremores, sudorese, agitação, ansiedade, pulso e pressão arterial aumentados e inquietação.
 - Observar sinais e sintomas de intoxicação por SPA (pupilas dilatadas, paranoia, inquietação, náusea, sudorese ou frequência cardíaca ≥ 100 , PA $\geq 140/90$).
 - Avaliar o aspecto da pele (coloração, mucosas e leito ungueal, vasos do pescoço, pulsos periféricos, ausculta cardíaca).
- Investigar presença de hematomas/escoriações/fraturas/luxações/ferimentos na cabeça/sangramento pelos ouvidos

(traumatismo craniano).

- Investigar sinais de violências (autoprovocada, negligências, sexuais, físicas, sinais de envenenamento ou intoxicação).

EXAME NEUROLÓGICO:

- Avaliar nível de consciência com aplicação da Escala de Coma de Glasgow.
- Observar presença de confusão mental, alterações oculares (na Síndrome Wernice-Korsakoff pode aparecer nistagmo – movimentos oculares oscilatórios ou rotatório e paralisia do olhar conjugado – incapacidade de mexer os olhos na mesma direção), marcha descoordenada (marcha atáxica como aparecer na Síndrome Wernice-Korsakoff).
- Observar sinais e sintomas neurológicos de intoxicação alcoólica (cheiro de álcool no hálito) como perturbação do nível de consciência (manter decúbito lateral para evitar broncoaspiração), alterações da fala, raciocínio, coordenação motora, equilíbrio, confusão, desorientação, graus de anestesia incluindo o estupor e coma. Observar sinais e sintomas físicos e neurológicos da síndrome de abstinência do álcool – SAA (cheiro de álcool no hálito, agitação, alucinações, desorientação, alteração do nível de consciência, convulsão); manter decúbito lateral para evitar broncoaspiração.

EXAME DO ESTADO MENTAL:

Tem como objetivo identificar alterações no funcionamento mental. Inclui observação direta da aparência da pessoa, da orientação e percepção, cognição, afeto e ação. O exame do estado mental não é exclusivo do psiquiatra e deve fazer parte da avaliação clínica da pessoa, podendo também dar indícios de alterações neurológicas, metabólicas, de intoxicações e uso de SPA. As funções mentais podem não estar alteradas no momento da entrevista, sendo a avaliação processual uma estratégia essencial para se evitar conclusões e condutas precoces e iatrogênicas.

APARÊNCIA:

Modo de andar, postura (encurvado pode sugerir tristeza), roupas (desalinho e aparência descuidada sugestionam tristeza, roupas mais extravagantes e excesso de adornos sugerem humor mais maníaco ou personalidade mais histriônica), higiene pessoal, atitude (amigável ou hostil), humor ou afeto predominante, modulação afetiva, sinais e deformidades físicas importantes, idade aparente (depressão, sofrimento intenso ou doença crônica pode fazer a pessoa aparentar mais idade e hipomaníacos, histriônicos ou hebefrênicos podem parecer mais jovens), expressões faciais, contato visual (pouco contato visual pode indicar

vergonha, ansiedade ou dificuldade de relacionamento). Deve-se ter o cuidado de se comparar a aparência com pessoas da mesma idade, profissão e condição social, buscando informações com a rede social da pessoa sobre mudanças recentes e abruptas na aparência.

ATIVIDADE PSICOMOTORA E COMPORTAMENTO:

Agitação psicomotora (deambulação excessiva, inquietação, dificuldade de ficar parado, pressão para falar, ansiedade, rabiscar, balançar pés ou pernas, cruzar e descruzar frequentemente as pernas, roer unhas, ficar enrolando o cabelo, em padrões acelerados); retardo psicomotor (lentificação geral dos movimentos, da fala e do curso do pensamento, acompanhado de humor deprimido, respostas monossilábicas, etc.); apresentações comuns no psicótico como movimentos estereotipados, maneirismos, negativismo (fazer o oposto do requisitado), ecopraxia (imitar movimentos) e flexibilidade cêrea (manter posição desconfortável por horas).

ATITUDE PERANTE O EXAMINADOR:

Atitude amigável, cooperativa, irônica, hostil, defensiva, sedutora ou ambivalente.

Comunicação Verbal com o Examinador (atividade verbal):

O tipo de comunicação pode ser normalmente responsivo, loquaz, taciturno, prolixo, volúvel, não espontâneo; a verbalização pode ser rápida, lenta, tensa, hesitante, emotiva, monótona, forte, sussurrada, indistinta; presença de defeitos na fala, como gagueira, tiques vocais, ecolalia.

FUNÇÕES PSÍQUICAS:

Consciência, atenção, sensopercepção, orientação, memória e inteligência; afetividade, pensamento, juízo crítico, conduta e linguagem.

CASOMI (CONSCIÊNCIA, ATENÇÃO, SENSOPERCEÇÃO, ORIENTAÇÃO, MEMÓRIA E INTELIGÊNCIA):

Altera-se, por exemplo, nas síndromes cerebrais orgânicas, processos infecciosos agudos e uso de SPA.

CONSCIÊNCIA:

Presença ou não de sonolência (obnubilação/sonolência), confusão/lucidez, reação rápida ou lenta aos estímulos - hiperalerta/esturpor/coma (aplicação da escala de Glasgow na existência de alteração do nível de consciência); estado crepuscular (estreitamento da consciência com manutenção da atividade motora); desrealização (vivência na qual o ambiente é percebido como irreal, originando sensação de estranheza); despersonalização (vivência na qual a pessoa percebe a si mesma como diferente, estranha, não conseguindo se reconhecer).

ATENÇÃO:

Avaliar a capacidade de voltar foco da atenção para os estímulos externos (hipervigil/hipovigil), a capacidade de manutenção da atenção nas perguntas sem se distrair constantemente (desatenção/distração).

SENSOPERCEÇÃO:

Avaliar a percepção dos estímulos, que pode estar normal, diminuída ou aumentada (normal, hipoestesia, hiperestesia,

anestesia); avaliar a qualidade da percepção dos estímulos, na ilusão há mal interpretação de estímulos reais e na alucinação há percepções mesmo na ausência de estímulos externos (alucinações visuais/auditivas/táteis/vestibulares/olfativas/de presença/somáticas).

ORIENTAÇÃO:

Avaliar orientação em relação a si mesma – autopsíquica - e em relação ao tempo, espaço, pessoas e objetos - alopsíquica.

MEMÓRIA:

Avaliar presença de amnésia (incapacidade parcial ou total de evocar experiências passadas), hipermnésia (capacidade aumentada de evocar informações), paramnésia (falsificação de memória pela distorção de recordação), confabulação (preenchimento não consciente e fantasioso de uma lacuna de memória, aceito como real por quem a produz), amnésia imediata (geralmente existe um comprometimento cerebral agudo), amnésia anterógrada (esquecimento do que aconteceu após um fato, como por exemplo um traumatismo craniano, distúrbio dissociativo – histeria), amnésia retrógrada (esquecimento de situações ocorridas antes de um trauma, doença ou fato

importante), amnésia lacunar (esquecimento de fatos ocorridos entre duas datas), amnésia remota (esquecimento de fatos ocorridos no passado).

INTELIGÊNCIA:

Alterações mais comuns são o atraso do desenvolvimento neuropsicomotor e a perda de funcionamento cognitivo por deterioração neurológica; considerar restrição cultural/privação social; investigar violências, dinâmica familiar/escolar e fatores psicossociais nas dificuldades de aprendizado na infância e juventude.

APEJUCOL (AFETIVIDADE, PENSAMENTO, JUÍZO CRÍTICO, CONDUTA E LINGUAGEM):

Altera-se, por exemplo, nas síndromes psicóticas e nos transtornos do humor.

AFETIVIDADE E HUMOR:

Avaliar a afetividade e humor preponderantes na fala/expressão facial/postura (tristeza, desesperança, baixa autoestima, senti-

mentos de culpa, euforia, indiferença, irritabilidade, ansiedade, medo, tensão, hostilidade, etc); eutímico (afeto e humor normais); hipertimia (afeto aumentado, geralmente associado à euforia, descrita como alegria excessiva e desproporcional); hipotimia (diminuição da intensidade da expressão de afeto); labilidade afetiva (rápidas alterações de afetos opostos com dificuldade de manter uma constância); avaliar congruência entre o afeto e o conteúdo expresso (inapropriado/apropriado).

PENSAMENTO:

Avaliar se a produção ou forma do pensamento apresenta elementos convencionais e lógicos (lógica/ilógica/mágica); analisar quantidade e velocidade das ideias (normal/rápido/lento/fuga das ideias/perda de associações/tangencialidade/circunstancialidade/perseveração/pobreza de pensamento/bloqueado/associação por rimas); avaliar o conteúdo, se está conectado com a realidade (ideias supervalorizadas/delirantes/persecutórias ou paranoides, obsessões, fobias, etc) ou se produz algum risco como de suicídio/agressão/homicídio.

JUÍZO CRÍTICO:

Falar coisas inapropriadas, ser inconveniente, gastar mais do que pode, não medir as consequências, não reconhecer limitações, etc.

CONDUTA:

Tudo que é observável como comportamento motor, atitudes, atos, gestos, tiques, impulsos, verbalizações, agressividade, compulsividade, etc; pesquisa-se sobre os hábitos, costumes, relacionamentos, comportamentos de risco, uso de SPA; observa-se como se movimenta e como se expressa.

LINGUAGEM:

Avaliar tanto a comunicação verbal quanto não verbal; quantidade da fala (afasia, loquaz, prolixo, taciturno, não-espontâneo, normal), velocidade (verbalização rápida, lenta, hesitante, monótona), qualidade (gagueira, ecolalia, disartria, solilóquio, coprolalia), volume (alto ou baixo); a observação da gramática, sintaxe, vocabulário e escolha de palavras pode dar um sinal quanto à organização do pensamento e cognição.

FUNÇÕES PSICOFISIOLÓGICAS:

Sono: Insônia inicial, terminal ou no meio da noite; hipersonia; sonambulismo; terror noturno; apnéia do sono; alterações do ciclo sono-vigília; diminuição da necessidade de sono.

Apetite: Aumento ou diminuição, com ou sem alteração no peso.

Sexualidade: Diminuição ou aumento do desejo ou da excitação; incapacidade de atingir o orgasmo; parafilias; ejaculação precoce ou retardada, vaginismo.

Exames Complementares: Tanto para algumas elucidações quanto para a continuidade do cuidado, especialmente no uso de algumas medicações controladas, alguns exames e/ou condições devem ser lembradas, como dosagem tireoidiana, anemia, glicemia, desequilíbrios hidroeletrolíticos, metabólicos, hepáticos, renais, perfil lipídico, eletrocardiograma, infecções sexualmente transmissíveis (IST), cânceres, derrame, DUM.

O QUE É UM PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS)?

• PTS é uma ferramenta de cuidado singularizada, não estática, construída coletivamente e com a pessoa a partir de suas vivências, necessidades e níveis de contratualidade. Por projeto se entende a existência de uma perspectiva futura, uma meta, para qual se traça um planejamento. No campo terapêutico estão inseridas ações que possam potencializar o cuidado. A singularidade representa a individualidade e especificidade das propostas terapêuticas, pois não há uma estratégia única e resolutiva para a diversidade de vivências e sofrimentos.

• O PTS deve ser construído com a pessoa e sua rede sociofamiliar considerando suas necessidades, vulnerabilidades, desejos, o estímulo ao autocuidado e protagonismo, os recursos terapêuticos da unidade (UBS ou CAPS) e do território, a intra e a intersetorialidade, sua reinserção social, a coordenação do cuidado pela eSF,

a redução de danos, a prevenção das internações hospitalares e indicadores de melhorias não restritos à supressão de sintomas.

- As Práticas Integrativas e Complementares (PICs), o cuidado multiprofissional e intersetorial, os grupos de atividades físicas, relaxamento, de atividades culturais, de lazer e terapêuticas, a redução de danos, o atendimento familiar e a intermediação de conflitos são estratégias de cuidado eficientes para o sofrimento psíquico.



O registro da avaliação, estratégias de atendimento e PTS devem constar no prontuário eletrônico para que os diferentes pontos da RAPS tenham acesso. Enviar e-mail para a equipe do território, encaminhando a pessoa com orientações para o PTS. Os profissionais do Nasf-AB e CAPS devem registrar orientações técnicas para seguimento da pessoa pela Equipe de Saúde da Família (eSF) no prontuário eletrônico. O acompanhamento clínico, dos sinais vitais e peso não devem ser abandonados na pessoa com transtorno mental e acompanhamento crônico na rede.

O QUE COLOCAR NO ENCAMINHAMENTO?

- Identificação da pessoa (dados cadastrais devem estar atualizados no prontuário eletrônico).
- Presença ou não de suporte sociofamiliar.
- Perfil socioeconômico da pessoa.
- Dados escolares (em caso de crianças e adolescentes).
- Vida social (relações, atividades de lazer, uso de equipamentos comunitários).
- Motivos que a levaram procurar atendimento.
- História da queixa atual (o que acontece, quando, como e desde quando).
- História patológica progressiva (HPP) (antecedentes mórbidos, história de cuidado anterior, medicações, resultados, internações, tentativas de suicídio).
- Prejuízos decorrentes do uso de SPA (grau de comprometimento, prejuízos, contexto do uso, relação com a substância, envolvimento com a polícia, grau de dependência).
- Risco de suicídio (planos, tentativas, ideação, rede de suporte).
- Avaliação clínica (alterações no exame físico, exame do estado mental, exame neurológico, exames complementares).
- Hipótese psicodinâmica.
- PTS (descrição do plano terapêutico).



O encaminhamento para qualquer outro nível de atenção deve ser acompanhado pela coordenadora do cuidado e, mesmo que a pessoa seja inserida na atenção especializada, ela continua sendo do território, com cuidados compartilhados entre equipes.

COMO FAZER O MANEJO DA PESSOA COM AGITAÇÃO IMPORTANTE?

- Deve-se sempre tentar o manejo verbal, com atitude calma, tranquila e não hostil.
- Dar preferência ao manejo verbal pelos profissionais com que a pessoa mais tenha contato e vínculo e contato.
- Só utilizar algum tipo de contenção física quando a verbal falhar.
- Observar a segurança do ambiente, retirar materiais perfuro-cortantes ou que possam ser utilizados como arma.
- Para a contenção física utilizar, no mínimo, cinco profissionais. Avisar sempre a pessoa sobre a necessidade da contenção.
- O grupo se aproxima tranquilamente da pessoa, em círculo, simultaneamente, enquanto 1 membro dialoga com a pessoa, restringindo seu espaço físico, posicionando-se cada um num membro (braços, pernas e cabeça), segurando-os concomitantemente.
- Evitar posição decúbito ventral, monitorar o estado geral, consciência e sinais vitais.
- Não fazer as contenções de forma isolada, manter a escuta, atenção em cuidado longitudinal.

Referências

BRASIL. Decreto 7.508, de 28 de Junho de 2011. Regulamenta a Lei n 8080/90 para dispor sobre a organização do SUS. Ministério da Saúde, 2011b, BRASIL.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015c, 100p.

BRASIL. Portaria de Consolidação n. 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, 2017b, BRASIL.

BRASIL. Portaria 2.436 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, 2017a, BRASIL.

COSTA-ROSA, Abílio da. Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: Editora Unesp, 2013.

CORDIOLI, Aristides Volpato; ZIMMERMANN, Heloisa Helena; KESSLER, Félix. Rotina de avaliação do estado mental. 2004.

Disponível em:

<<http://www.ufrgs.br/psiq/avalia%20a7%20do%20estado%20mental.pdf>>. acesso em 28 de abril de 2018.

DEL-BEN, Cristina Marta et al. Emergências Psiquiátricas: manejo de agitação psicomotora e avaliação de risco suicida. Rev. Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, v. 50, supl. 1, p. 98-112, jan.-fev., 2017. Acesso em 19 de Março de 2017. Disponível em:

<<http://revista.fmrp.usp.br/2017/vol50-Supl-1/SIMP10-Emergencias-Psiquiatricas.pdf>>.