

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM  
**LINHAS DE CUIDADO EM ENFERMAGEM**  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL



**MÓDULO IX: PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR NA CLÍNICA  
DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**



## GOVERNO FEDERAL

**Presidente da República** Dilma Vana Rousseff

**Ministro da Saúde** Alexandre Padilha

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

**Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)**

**Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde**

## UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

**Reitora** Roselane Neckel

**Vice-Reitora** Lúcia Helena Pacheco

**Pró-Reitora de Pós-Graduação** Joana Maria Pedro

**Pró-Reitor de Extensão** Edison da Rosa

## CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Diretor** Sérgio Fernando Torres de Freitas

**Vice-Diretora** Isabela de Carlos Back Giuliano

## DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**Chefe do Departamento** Vera Radünz

**Subchefe do Departamento** Grace Terezinha Marcon Dal Sasso

## PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**Coordenadora** Vânia Marli Schubert Backes

**Subcoordenadora** Odaléa Maria Brüggemann

## COMITÊ GESTOR

**Coordenadora Geral do Projeto e do Curso de Especialização** Vânia Marli Schubert Backes

**Coordenadora Didático-Pedagógica** Kenya Schmidt Reibnitz

**Coordenadora de Tutoria** Lúcia Nazareth Amante

**Coordenadora de EaD** Grace Terezinha Marcon Dal Sasso

**Coordenadora de TCC** Flávia Regina Souza Ramos

**Coordenadoras Pólos** Silvana Martins Mishima, Lucieli Dias Pedreschi Chaves, Lucilene Cardoso

## EQUIPE DE APOIO

**Secretaria:** Claudia Crespi Garcia e Viviane Aaron Xavier

**Tecnologia da Informação:** Fábio Schmidt Reibnitz

## AUTORES

Maria Terezinha Zeferino

Silvia Maria Azevedo dos Santos

Jeferson Rodrigues

Lucilene Cardoso

Zeyne Alves Pires Scherer

Ana Carolina Guidorizi Zanetti

Isabela dos Santos Martin

Felipe Faria Brognoli

## REVISÃO TÉCNICA

Maria Gabriela Curubeto Godoy

© 2013 todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Edição, distribuição e informações:  
Universidade Federal de Santa Catarina  
Campus Universitário, 88040-900 Trindade – Florianópolis – SC

### **M9 - Projeto terapêutico singular na clínica da atenção psicossocial**

---

Z41c ZEFERINO, Maria Terezinha

Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Projeto terapêutico singular na clínica da atenção psicossocial / Maria Terezinha Zeferino; Silvia Maria Azevedo dos Santos; Jeferson Rodrigues; et al. – Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.  
89 p.

ISBN: 978-85-88612-69-3

1. Saúde Mental. 2. Atenção Psicossocial. 3. Enfermagem Psiquiátrica.

CDU – 616-083:616.89

---

Catalogado na fonte por Anna Khris Furtado D. Pereira – CRB14/1009

## **EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL**

**Coordenação Geral da Equipe** Eleonora Milano Falcão Vieira, Marialice de Moraes

**Coordenação de Design Instrucional** Andreia Mara Fiala

**Design Instrucional Master** Paula Balbis Garcia

**Design Instrucional** Eliane Orelo

**Revisão Textual** Márcia Melo Bortolato

**Coordenadora de Design Gráfico** Giovana Schuelter

**Design Gráfico** Taís Massaro

**Design de Capa** Rafaella Volkmann Paschoal

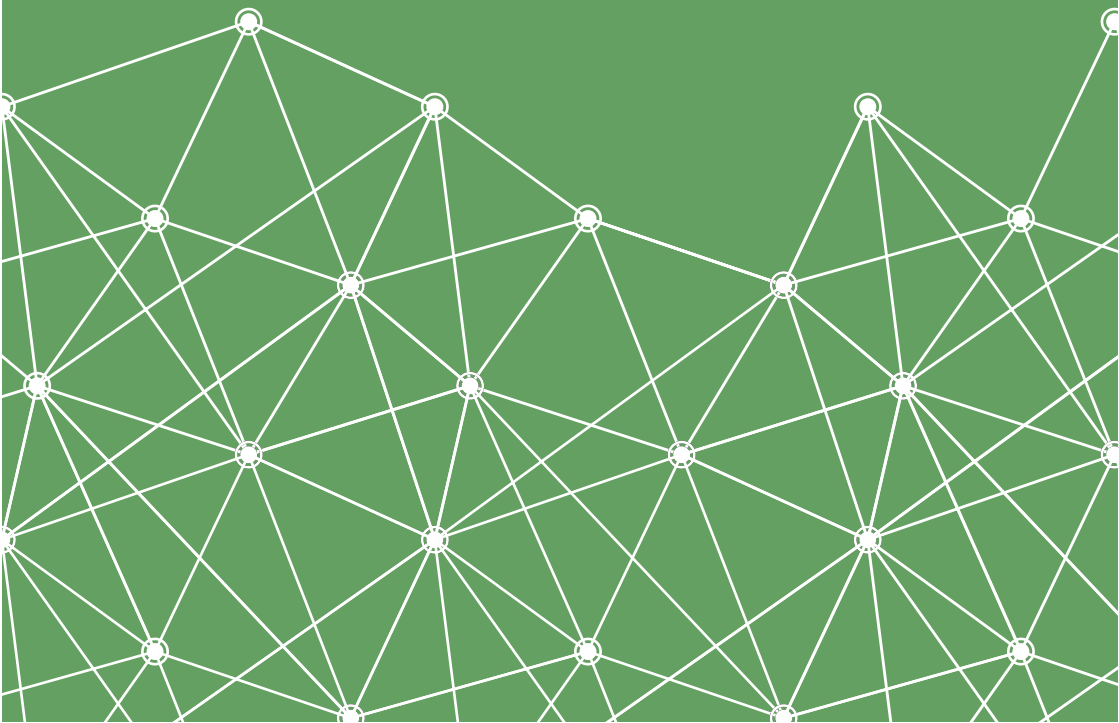
**Projeto Editorial** Cristal Muniz, Fabrício Sawczen

UFSC/ENFERMAGEM/PEN

# CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM LINHAS DE CUIDADO EM ENFERMAGEM

## MÓDULO IX

### PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR NA CLÍNICA DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL



FLORIANÓPOLIS  
2013

## CARTA DO AUTOR

Caro aluno,

Damos a você as boas vindas para mais um módulo de estudo. Após compartilharmos informações sobre as modificações do cenário da Saúde Mental, conhecermos a Rede de Atenção Psicossocial, compreendermos a Psicopatologia dos Transtornos Mentais e a Clínica da Atenção Psicossocial relacionada ao crack, álcool e outras drogas, esperamos que você mantenha o empenho e o entusiasmo para acessar as informações do Módulo IX da Atenção Psicossocial. A partir delas, conheceremos os recursos terapêuticos e as estratégias de intervenção para o cuidado na Atenção Psicossocial.

Neste módulo, você aprenderá sobre os recursos terapêuticos e estratégias de intervenção que poderão contribuir na prática cotidiana dos serviços onde você atua. Conhecer melhor esse tema contribuirá para a sua instrumentalização profissional e para a qualificação do cuidado oferecido.

Mais uma vez, sua participação ativa nesse processo é fundamental. Deste modo, aprimoraremos ainda mais nosso conhecimento na assistência, compartilhando experiências práticas de cada serviço e comunidades em que atuamos, considerando as diferentes regiões e populações participantes desse processo.

Desejamos um ótimo curso!

Maria Terezinha Zeferino, Dra.  
Sílvia Maria Azevedo dos Santos, Dra.  
Jeferson Rodrigues, Dr.  
Lucilene Cardoso, Dra.  
Zeyne Alves Pires Scherer, Dra.  
Ana Carolina Guidorizi Zanetti, Dra.  
Isabela dos Santos Martin, Esp.  
Felipe Faria Brognoli, Ms.

*“Feliz é aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina.” (Cora Coralina)*

## OBJETIVO GERAL

Ao final deste módulo, você deverá ser capaz de utilizar as diferentes estratégias de intervenção em suas ações de cuidado na Rede de Atenção Psicossocial.

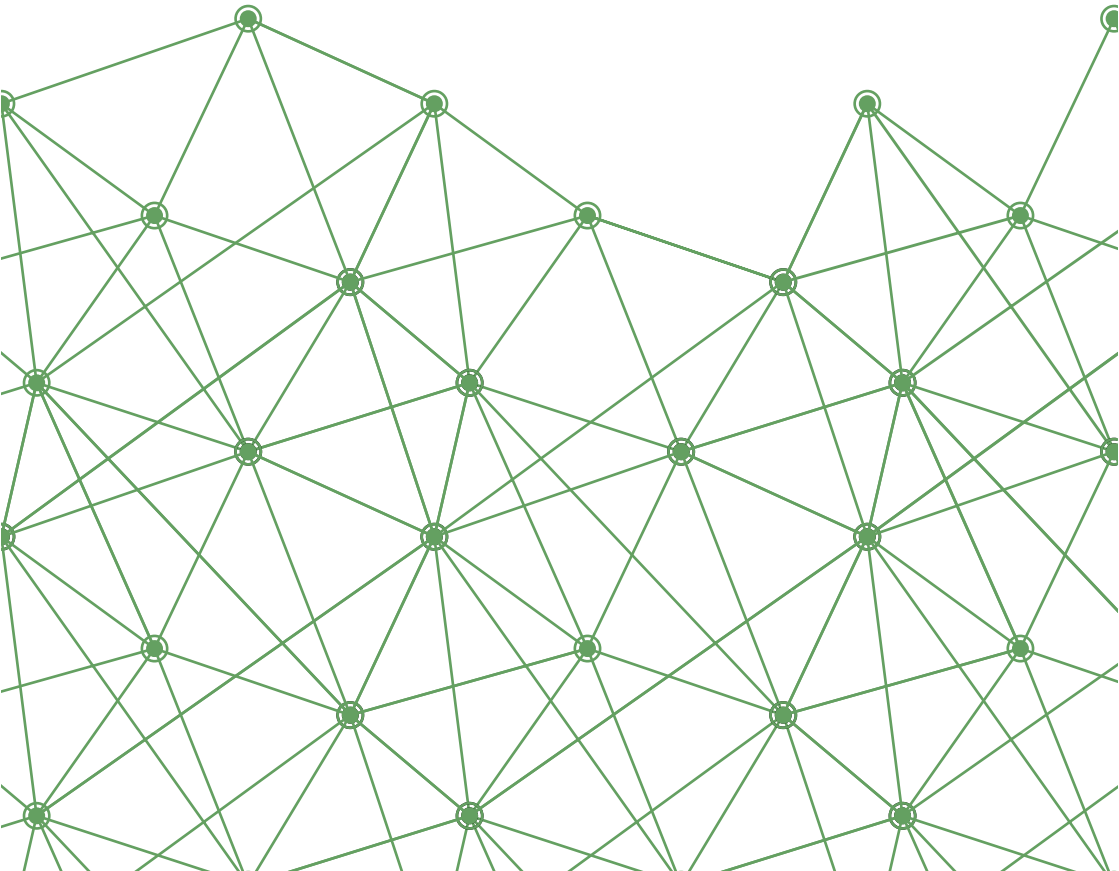
## CARGA HORÁRIA

45 horas.

## SUMÁRIO

<b>UNIDADE 1 — PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR COMO ORDENADOR DO CUIDADO NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL .....</b>	<b>9</b>
1.1 Introdução.....	9
1.2 Projeto Terapêutico Singular: conceitos, objetivos e construção .....	10
1.2.1 Conceitos .....	10
1.2.2 Objetivos .....	12
1.2.3 Construção do PTS.....	13
1.3 Diagnóstico em Atenção Psicossocial: análise crítica de seu papel no projeto terapêutico.....	20
2.4 Resumo .....	23
2.5 Fechamento .....	24
2.6 Recomendação de leitura complementar .....	24
<b>UNIDADE 2 — RECURSOS TERAPÊUTICOS, ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO E INTERSETORIALIDADE .....</b>	<b>26</b>
2.1 Introdução .....	26
2.2 Território na perspectiva da intervenção .....	26
2.3 Acolhimento: escuta, vínculo e responsabilização pelo cuidado .....	31
2.4 Matriciamento na Atenção Psicossocial .....	35
2.5 Atenção domiciliar e familiar .....	40
2.5.1 Atenção domiciliar.....	40
2.5.2 Atenção familiar .....	44
2.6 Psicofármacos.....	49
2.6.1 Ansiolíticos/hipnóticos.....	50
2.6.2 Antidepressivos.....	51
2.6.3 Antipsicóticos/neurolepticos .....	53
2.6.4 Estabilizadores do humor .....	55
2.7 O cuidado em situação de crise, urgência e emergência .....	56
2.7.1 Conceitos básicos.....	57
2.8 Grupos terapêuticos .....	63
2.9 Oficinas terapêuticas.....	67
2.10 Oficinas de geração de trabalho e renda e cooperativas sociais.....	70
2.11 Resumo da unidade.....	74
2.12 Fechamento da unidade .....	75
2.13 Recomendação de leitura complementar .....	75
<b>ENCERRAMENTO DO MÓDULO .....</b>	<b>76</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>77</b>
<b>MINICURRÍCULO DOS AUTORES.....</b>	<b>85</b>

# UNIDADE 1





# Unidade 1 – Projeto Terapêutico Singular como ordenador do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial

Ao concluir esta unidade, você deverá ser capaz de elaborar o Projeto Terapêutico Singular, considerando as suas etapas de construção.

## 1.1 Introdução

De acordo com a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), “a indissociabilidade é proposta como modo de produzir saúde e de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade” (BRASIL, 2009b, p. 4). Com isso, apresentam-se inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de produção de saúde, propondo para os diferentes profissionais das equipes envolvidos nessas práticas o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder (BRASIL, 2009b).

Quando nos referimos à humanização, ainda considerando a Política Nacional de Humanização, “devemos compreender a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde” (BRASIL, 2009b, p. 5).

Nesse contexto, lançou-se mão de ferramentas e dispositivos para consolidar as redes, os vínculos e a corresponsabilização entre pacientes, profissionais e gestores. Ao direcionar estratégias e métodos de articulação de ações, saberes e sujeitos, pode-se efetivamente potencializar a garantia da atenção integral, resolutiva e humanizada (BRASIL, 2009b).

Considerando tais mudanças, a Clínica Ampliada, as Equipes de Referência e os Projetos Terapêuticos Singulares têm-se mostrado como dispositivos resolutivos, tanto no âmbito da atenção, quanto no âmbito da gestão de serviços e redes de saúde (BRASIL, 2009b).

Desse modo, nesta unidade, aprofundaremos nosso conhecimento sobre o conceito de Projeto Terapêutico Singular, dispositivo importante para a intervenção em Saúde Mental (BRASIL, 2009b).



## Saiba mais

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF, 2009, 64p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_compartilhada.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf)>

## 1.2 Projeto Terapêutico Singular: conceitos, objetivos e construção

O conceito de Projeto Terapêutico vem sendo construído nos últimos anos juntamente com o desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica e do Sistema Único de Saúde (SUS). Para que você bem compreenda esse conceito, abordaremos de que forma essa ferramenta é utilizada nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial, como dispositivo de integração e organização das equipes de profissionais de saúde (BRASIL, 2010).

Assim, apresentamos a seguir os seus conceitos, objetivos e processo de construção, de maneira que você entenda as mudanças que influenciaram a construção do projeto terapêutico.

### 1.2.1 Conceitos

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) era, inicialmente, denominado Projeto Terapêutico Individual. No entanto, o termo “singular” representa melhor o seu objetivo, pois destaca que o projeto pode ser feito para grupos ou famílias, e não somente para indivíduos. Além disso, cabe frisar que o projeto busca a singularidade, ou seja, a diferença, como elemento central de articulação. Lembre-se de que os diagnósticos tendem a igualar os sujeitos e a minimizar as diferenças: hipertensos, diabéticos, esquizofrênicos etc. (BRASIL, 2009b).

O Projeto Terapêutico tem a singularidade como sua razão de ser, pois o cuidado em saúde deve ser oferecido ao indivíduo de maneira singular para alcançar o objetivo do cuidado efetivo (ARANHA E SILVA; FONSECA, 2005). Desse modo, o PTS corresponde a um movimento de coprodução e de cogestão do processo terapêutico, no qual são considerados indivíduos ou grupos em situação de vulnerabilidade (BRASIL, 2010). Destaca-se que

o termo “projeto” utilizado no PTS deve ser entendido não apenas no seu sentido de plano, organização de atividades, mas em ações orientadas pela necessidade de resolução de um dado problema. Como projeto, subentende-se a ideia de “projetualidade”, ou seja, a capacidade de pensar e de criar novas realidades e novas possibilidades (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 1990; NICÁCIO, 2003).

Nesse sentido, a coprodução e a cogestão do *processo terapêutico* deve incorporar esse olhar aos contextos singulares, de modo que, ao mesmo tempo em que se planejam e são organizadas ações e responsabilidades, faz-se disso uma produção de realidade (BRASIL, 2010).

Mas, afinal, você sabe em que consiste o Projeto Terapêutico Singular?

---

Entende-se por Projeto Terapêutico Singular (PTS) o conjunto de propostas que visam ao cuidado do indivíduo por meio de condutas terapêuticas articuladas e direcionadas às suas necessidades individuais ou coletivas, como, por exemplo, no grupo familiar (BRASIL, 2009b).

---

Para melhor compreendê-lo, podemos comparar o PTS como uma variação de discussão de estudo de caso. Entretanto, a construção e a negociação do PTS é um processo coletivo que inclui não apenas os trabalhadores, mas também o usuário e sua família. Além disso, o PTS vem sendo bastante desenvolvido em espaços de atenção à Saúde Mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe, valorizando outros aspectos além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação no tratamento das pessoas portadoras de transtornos mentais ou com problemas decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2009b).

No cotidiano das experiências desenvolvidas, observa-se que o planejamento do cuidado com o uso do PTS tem sido utilizado como estratégia para discussão em equipe, visando à resolução de casos de maior complexidade (OLIVEIRA, 2008b). Em geral, o caso julgado de maior complexidade é aquele que se destaca dos outros, no serviço, para a formulação de um PTS. Isso ocorre quando já houve um investimento da equipe na tentativa de resolução da problemática em questão e não se obtiveram os resultados esperados.



## Palavra do profissional

Casos complexos implicam na necessidade de definir novas estratégias para o trabalho em equipe. Nesses casos, é frequente que a equipe esteja permeada por um sentimento de frustração, sobretudo relacionada a usuários com dificuldades na “adesão” ao tratamento; ou àqueles que procuram inúmeras vezes o serviço, reclamam, entram em conflito com a equipe e não parecem satisfazer-se nunca, apesar do esforço dos profissionais. Outro exemplo inclui algumas famílias que enfrentam inúmeros problemas: sociais, econômicos, violência – e a equipe não consegue estabelecer uma rede social e técnica que ajude na resolução dos problemas (BRASIL, 2010).

A equipe, em situações nas quais consegue perceber seus limites e suas dificuldades, pode solicitar auxílio à Equipe de Apoio Matricial. Esse espaço permite a troca de experiências e aprendizado para os apoiadores matriciais, que também experimentarão aplicar seus saberes em uma condição complexa, recheada de variáveis com as quais nem sempre o recorte de uma especialidade está acostumado a lidar. O encontro é mais produtivo quando há, de fato, uma articulação entre as Equipes de Referência e as de Apoio Matricial na rede de atenção. Além disso, quando existe um interesse sobre determinado tema, a capacidade de aprendizado é maior. Portanto, esse é, potencialmente, um excelente espaço de educação permanente (BRASIL, 2009b; BRASIL, 2010).

Desse modo, o PTS será abordado como tecnologia inscrita na lógica do processo de trabalho em equipe interdisciplinar/interprofissional, tendo como referência prática as equipes de saúde na Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2010).

### 1.2.2 Objetivos

Considerando o conceito de PTS, é preciso que compreendamos quais os objetivos desse processo. Para que eles sejam atingidos, devemos atentar para determinados pontos durante seu desenvolvimento.

De modo geral, observou-se que esses aspectos estão relacionados aos campos da habitação, do trabalho e das trocas sociais, os quais requerem articulações práticas das redes de suporte social para amparar e potencializar as ações voltadas à pessoa em sofrimento (BARROS, 2009).

De acordo com a Política Nacional de Saúde Mental, é recomendado direcionar o PTS para o processo de reinserção social do usuário através

de ações que envolvam a educação, o esporte, a cultura, o lazer e outros. Ressalta-se ainda que essas ações devem ser desenvolvidas de acordo com as necessidades e possibilidades de cada usuário, de forma que ultrapassem a estrutura física dos serviços de saúde. Além disso, é importante a articulação dos serviços da Rede com o oferecimento de suporte social aos pacientes, contribuindo para o restabelecimento de vínculos fragilizados ou perdidos ao longo do processo de adoecimento (BRASIL, 2004a).

Diante do exposto, entende-se que:

---

O Projeto Terapêutico Singular tem como objetivo traçar uma estratégia de intervenção para o usuário, considerando os recursos disponíveis pela equipe, o território a que pertence sua família e as suas próprias necessidades (ONOCKO; GAMA, 2008).

---

O PTS possibilita planejar, desenvolver e avaliar o cuidado na continuidade da vida dos pacientes, auxiliando no reestabelecimento das relações sociais e estimulando a autonomia, e pode ser estendido para além dos momentos de crise, ou atuar somente nos momentos de remissão de sintomas ou ideais de cura.

### 1.2.3 Construção do PTS

A construção do PTS corresponde a um processo estratégico que articula usuários, famílias, profissionais da equipe de saúde do serviço e redes sociais na determinação das prioridades, necessidades e possibilidades de ações que contribuam para a efetividade do cuidado. E todos, neste processo, são agentes autônomos e protagonistas na construção e manutenção contínua e sustentável do PTS (MÂNGIA, 2002; MÂNGIA; MURAMOTO, 2007; BOCCARDO et al., 2011).

De acordo com Mângia et al. (2006) e Boccardo et al. (2011), a adoção de alguns eixos norteadores é fundamental para essa construção. São eles:

- Centralidade na pessoa
- Consideração do contexto e necessidade do usuário
- Parceria entre equipe e usuário
- Flexibilização das mudanças de cada momento de vida
- Reavaliação periódica

- Articulação dos recursos do território nas ações executadas
- Construção compartilhada e definição de metas com duração previamente acordada.

Nesse processo, é importante o envolvimento da equipe e dos usuários e seus familiares por meio de reuniões para o planejamento coletivo do PTS. O compromisso deve ser incentivado entre os participantes do grupo, visando à responsabilização tanto pela construção quanto pelo desenvolvimento do PTS, devendo valorizar-se as diversas demandas e opiniões na construção do plano de ação (BRASIL, 2009b; BRASIL, 2010).

Conforme apresentado no *Caderno de Clínica Ampliada e Compartilhada* (BRASIL, 2009b, p. 55-57), é fundamental que a tradicional concepção de fazer gestão amplie sua compreensão sobre o que deve ser uma reunião. Orienta-se que uma reunião não deva ser restrita a um encontro para mera distribuição de tarefas entre os membros da equipe, mas sim um espaço de favorecimento ao diálogo crítico e construtivo, no qual todos podem se expressar, falar, ouvir, criticar, construir e aprender conjuntamente. “Para que as reuniões funcionem, é preciso mais do que isso: é preciso que haja um clima de liberdade para pensar ‘o novo’”. (BRASIL, 2009b, p. 57).

E assim, este processo pode também favorecer o reconhecimento dos limites próprios a cada realidade, o que constitui procedimento fundamental para a identificação de possibilidades e planejamento de intervenções mais eficazes (BRASIL, 2009b). Vale a pena reforçar que é durante a construção, acompanhamento e avaliação do PTS o momento em que podemos considerar os diferentes trabalhos realizados no grupo, a sua relevância e a valorização dos diferentes profissionais atuantes (BRASIL, 2009b). Isso porque é nessa construção, nesse processo, que se evidencia a interdependência entre os integrantes da equipe do serviço de saúde e equipe de apoio matricial, num espaço de trocas, rico em experiências e variáveis, imersas em condições muitas vezes complexas, limitado, portanto, quando realizado de modo isolado sob o foco de apenas um profissional ou especialidade (BRASIL, 2009b).

Na construção do PTS, podemos ressaltar quatro momentos importantes (BRASIL, 2009b):

- 
- Definição de hipóteses diagnósticas
  - Definição de metas
  - Divisão de responsabilidades
  - Avaliação e reavaliação.
-

Porém, apesar de importantes, esses momentos não devem se limitar à definição de protocolos rígidos na construção do PTS, uma vez que normatizações podem dificultar a singularidade que é característica de sua construção (OLIVEIRA, G. 2007).

A utilização de um roteiro, com momentos definidos, constitui apenas um auxílio à equipe. O diagnóstico situacional irá auxiliar na definição de hipóteses diagnósticas, na definição das metas em conjunto com o usuário do serviço e sua família e, por fim, na responsabilização de cada um no PTS, com avaliações e reavaliações periódicas (BOCCARDO et al., 2011).

---

O foco da construção e desenvolvimento do PTS deve ser o usuário em sua singularidade, e esse processo deve contemplar ainda a participação da família e da rede social desses sujeitos (BOCCARDO et al., 2011).

---

Vejamos a seguir os quatro momentos da construção do PTS.

### Definição de hipóteses diagnósticas

A leitura da Política Nacional de Humanização reforça que

[...] neste momento a avaliação orgânica, psicológica e social do paciente deve ocorrer, possibilitando uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do indivíduo. O conceito de vulnerabilidade (psicológica, orgânica e social) é muito importante e deve ser valorizado na discussão. (BRASIL, 2009b, p. 41).

Sendo assim, é preciso reconhecer que uma situação problemática implica na participação ativa do usuário, embora normalmente seja entendida de forma unilateral, como responsabilidade apenas da equipe de saúde. Essa concepção

se deve, em parte, à tradição que faz a delimitação dos problemas de saúde a partir da expertise da equipe que se assume como detentora do saber “científico”. Todavia, se essa expertise produz na equipe um olhar “armado” para a detecção e para o enfrentamento de problemas de saúde, quando esse mesmo olhar é colocado como o único capaz de explicar e atuar no seu contexto de vida, muitas vezes provoca no(s) usuário(s) movimentos, ora de resistência, ora de submissão, dificultando a formação de compromisso com o processo terapêutico e a produção de autonomia. (BRASIL, 2010, p. 95).

Dessa forma, a equipe precisa efetuar avaliações peculiares, no intuito de verificar

como a pessoa, na sua singularidade, reage frente às alterações de sua vida diária, como o aparecimento de doenças, os desejos e os interesses, e também em relação a outros aspectos de sua vida, como o trabalho, a cultura na qual está inserida, sua família e sua rede social. Ou seja, tentar entender o que o indivíduo faz de tudo que fizeram dele, procurando não só os problemas, mas as potencialidades. É importante verificar se todos na equipe compartilham das principais hipóteses diagnósticas, e sempre que possível aprofundar as explicações. (BRASIL, 2009b, p. 41).

Nesse sentido, cabe à equipe e ao paciente algumas práticas de aproximação (BRASIL, 2010):

- Ir à comunidade e provocar momentos de encontro
- Reconhecer e afirmar as identidades das pessoas em seus territórios existenciais
- Ofertar contatos, encontros, momentos de conversa, seja nos espaços do serviço, seja na rua, ou no domicílio das pessoas.

Segundo o Caderno do HumanizaSUS do Ministério da Saúde,

(...) o significado desses encontros não se dá apenas pela necessidade da equipe de coletar informações, mas, além disso, será o de gerar oportunidades para a criação do vínculo e a formação de algo em comum. Nesses encontros, as conversas que acontecem são momentos estratégicos para a possível definição de hipóteses, na formação e conjunção/composição de olhares sobre a situação-problema, suas hipóteses explicativas e, já aí, algumas possíveis saídas. Assim, constata-se que a equipe que quer formular um PTS, além de momentos de discussão em conjunto, não pode excluir o contato direto com o usuário e suas vivências. (BRASIL, 2010, p. 95).

### Definição de metas

O segundo momento, não menos complexo, trata da definição de metas, ou seja, do planejamento das intervenções no PTS. Apresenta o desafio de conciliar as práticas de planejamento, ao mesmo tempo em que estimula a participação ativa dos profissionais e pacientes envolvidos (BRASIL, 2010). Uma vez que a equipe tenha realizado os diagnósticos, ela faz propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com o usuário pelo membro da equipe que apresentar maior vínculo.

Considerando-se esse movimento na construção do PTS, de acordo o disposto no caderno do HumanizaSUS, podemos afirmar que

a forma mais coerente de trabalho em equipe seria aquela na qual o espaço coletivo de discussão busca articular ao campo (da saúde, do cuidado, do trabalho, da clínica ampliada, etc.) os diferentes núcleos profissionais, com



seus saberes e práticas específicas, diferentes formas de ver a problemática em questão, compondo hipóteses explicativas compartilhadas, mas não necessariamente únicas, permitindo à equipe, na sua relação com o(s) usuário(s) a composição de estratégias conjuntas de intervenção, com maior chance de sucesso e menor possibilidade de dano (BRASIL, 2010, p. 97).

## Divisão de responsabilidades

Para que o trabalho da equipe seja efetivo, é importante a definição clara das tarefas dos integrantes. Nesse aspecto, a estratégia de eleger o **profissional de referência** procura favorecer a continuidade e a articulação entre formulação, ações e reavaliações e promover uma dinâmica de continuidade do PTS. Isso não quer dizer que o profissional é o responsável pelo caso, mas, sim, é quem articula e acompanha o processo (BRASIL, 2009b).

*Profissional que apresenta maior vínculo com o usuário e/ou sua família, podendo ser qualquer membro da equipe (BRASIL, 2009b).*

A atuação do profissional de referência consiste na articulação de pequenos grupos de profissionais que participam ativamente no planejamento e na implementação do PTS. Qualquer componente da equipe de saúde, independentemente de sua formação, pode efetuar esse papel, preferencialmente se apresentar vínculo com o usuário (BRASIL, 2010). Podemos dizer que o profissional de referência estará mais próximo do usuário e da sua respectiva família, sendo ele normalmente procurado pelo grupo quando ocorre uma situação importante (OLIVEIRA, 2008c).

De qualquer modo,

a definição de profissionais de referência não anula a necessidade de definir responsáveis a cada uma das ações desenhadas no PTS, incluindo a pactuação de prazos para execução, definição de papéis e, algumas vezes, a definição de momentos de reavaliação do caso em equipe (BRASIL, 2010, p. 99).

## Avaliação e reavaliação

Conforme abordado no Manual de Política Nacional de Humanização, quando efetuamos a avaliação e a reavaliação do caso, discutimos a sua trajetória e, quando necessário, são realizadas correções. Considerando a importância da avaliação, devemos observar os seguintes aspectos (BRASIL, 2009b, p. 42-45):

- A escolha dos casos para reuniões de PTS: na atenção básica, a proposta é que sejam escolhidos pacientes ou famílias em situações mais graves ou difíceis, na opinião de alguns membros

da equipe (qualquer membro da equipe pode propor um caso para discussão). Na atenção hospitalar e centros de especialidades, provavelmente todos os pacientes precisam de um PTS.

- As reuniões para discussão de PTS: de todos os aspectos que já discutimos em relação à reunião de equipe, o mais importante no caso desse encontro para a realização do PTS é o vínculo dos membros da equipe com o paciente e a família. Cada membro da equipe, a partir dos vínculos que construiu, trará para a reunião aspectos diferentes e poderá também receber tarefas diferentes, de acordo com a intensidade e a qualidade desse vínculo estabelecido além do núcleo profissional. Defendemos que os profissionais que tenham vínculo mais estreito assumam mais responsabilidade na coordenação do PTS. Assim como o médico generalista ou outro especialista pode assumir a coordenação de um tratamento frente a outros profissionais, um membro da equipe também pode assumir a coordenação de um PTS frente à equipe.
- É importante para muitas equipes reservar um tempo fixo, semanal ou quinzenal, para reuniões exclusivas do PTS. Em serviços hospitalares, indica-se que as reuniões ocorram diariamente.
- O tempo de um PTS: o período estabelecido para acompanhamento do PTS depende da característica de cada serviço. Nos serviços de saúde das Unidades Básicas de Saúde, assim como na Rede de Atenção Psicossocial, que atendem pacientes com transtornos crônicos, apresenta-se um seguimento longo (longitudinalidade). Isso, naturalmente, significa processos de aprendizado e transformação diferenciados. Serviços com tempo de permanência e vínculos menores farão PTS com tempos mais curtos. O mais difícil é desfazer um viés imediatista. Muitas informações essenciais surgem no decorrer do seguimento e a partir do vínculo com o usuário. A história, em geral, vai se construindo aos poucos, embora, obviamente, não se possa falar de regras fixas para um processo que é relacional e complexo.
- Projeto Terapêutico Singular e Mudança: quando ainda existem possibilidades de tratamento para uma doença, não é muito difícil provar que o investimento da equipe de saúde faz diferença no resultado. O encorajamento e o apoio podem contribuir para evitar uma atitude passiva por parte do usuário. Uma pessoa menos deprimida, que assume um projeto terapêutico solidário como projeto em que se (re)constrói e acredita que poderá ser mais feliz, evidentemente tende a ter um prognóstico e uma resposta clínica melhores. No entanto, não se costuma investir em usuários que se acreditam “condenados”, seja por si mesmos, como no caso de

um alcoolista, seja pela estatística, como no caso de uma patologia grave. Se essa participação do usuário é importante, é necessário persegui-la com um mínimo de técnica e organização. Não bastam o diagnóstico e a conduta padronizados.

Para que a avaliação seja efetiva, ressaltamos a importância da articulação entre a equipe, os indivíduos, o grupo social e os recursos disponíveis, conforme ilustramos na figura abaixo. A avaliação e reavaliação do PTS deve considerar:

Figura: 1 – Articulação entre os atores do PTS



Fonte: adaptado de Brasil (2009b, p.42-45)

O PTS deve ser avaliado e reavaliado continuamente, o que pode contribuir para melhores resultados, já que constitui um processo dinâmico que pode e deve ser modificado durante o seu andamento, com o objetivo de conferir maior efetividade à ação e às necessidades do usuário. As avaliações e reavaliações poderão contar com uma rotina de discussões e revisões conforme a necessidade tanto do grupo de profissionais envolvidos como dos usuários. Quando essa ação não acontece de maneira planejada e contínua, o projeto terapêutico pode não atingir os objetivos esperados (BRASIL, 2010).

Ressaltamos que a prática de acompanhamento dos PTSs pode acontecer com a reunião de um subgrupo composto pelos profissionais diretamente

ligados ao problema em questão, entre eles o profissional de referência, não acarretando a repetição e burocratização da condução dos casos. Essa prática deve garantir a continuidade da avaliação e reavaliação do processo terapêutico sem que ocorra a burocratização do cuidado, do acesso e da organização do serviço. Dessa forma, é um desafio para os serviços e para as equipes de saúde (OLIVEIRA, 2008b; BRASIL, 2010).



### Saiba mais

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica. Cadernos HumanizaSUS, série B. Textos Básicos de Saúde, v. 2, Brasília, DF, 2010, 256p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_humanizasus\\_atencao\\_basica.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_basica.pdf)>

---

## 1.3 Diagnóstico em Atenção Psicossocial: análise crítica de seu papel no projeto terapêutico

Como já foi dito nos módulos anteriores, atualmente o cenário da Reforma Psiquiátrica no Brasil centra-se na expansão de diversos componentes da rede de serviços substitutivos, conforme a Rede de Atenção Psicossocial que foi apresentada no Módulo VII, Unidade 1.

Nesse contexto, como medida governamental, prioriza-se o atendimento comunitário e o respeito aos direitos humanos do paciente (Lei Federal nº 10.216) e asseguram-se recursos financeiros que incentivam a saída de pacientes com longo tempo de internação dos hospícios para a família ou comunidade por meio da “Bolsa-Auxílio” (Lei Federal nº 10.708) (AMARANTE, 1996; LIBERATO, 2009).

Porém, é preciso que tenhamos clareza de que somente o redirecionamento dos recursos assistenciais não é suficiente para assegurar e amparar o doente na comunidade. Fazem-se necessários um processo de transformação no campo do saber, das práticas profissionais no interior dos hospitais e concomitante criação de novos modos de sociabilidade e produção de valor social (SILVA, 2005; MACHADO; COLVERO, 2003).

Tratando-se de um serviço destinado a promover a reabilitação psicossocial, o CAPS assume especial relevância no cenário das novas práticas em saúde mental no país, apresentando como preocupação central o “sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana” (BRASIL, 2004a, p. 14). O Ministério da Saúde preconiza para estes serviços o papel de articulador de uma lógica de rede calcada em várias instâncias (DELGADO; GOMES; COUTINHO, 2001), como as de cuidados básicos (Programa Saúde da Família – PSF), ambulatoriais, leitos de hospitais gerais e iniciativas de suporte e reabilitação psicossocial – Serviços Residenciais Terapêuticos e trabalho protegido (FURTADO et al., 2000). No entanto, a função aglutinadora e organizadora da rede local de saúde mental requerida dos CAPS é ainda um horizonte a ser alcançado no plano nacional.

Resultados de pesquisas realizadas em alguns CAPS revelam que esses serviços têm apresentado dificuldades no que se refere à reabilitação psicossocial. Isso porque ainda hoje eles assumem o caráter centralizador das ações em atendimentos clínicos e ambulatoriais e também em razão do alto índice de reinternação nos hospitais, ao passo que as práticas de reinserção social ocorrem em menor proporção (TAVARES et al., 2003; ANDREOLI et al., 2004; LEÃO; BARROS, 2008; LIBERATO, 2009).

Em relação à política de formação, pesquisa e capacitação de recursos humanos em saúde mental no SUS, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002, p. 72) reconhece a necessidade de qualificar a discussão em torno das novas ações em saúde mental. É possível verificar, portanto, nesta política de formação, a preocupação com a capacitação dos profissionais que atuam no campo da saúde mental. É sabido que no debate científico e na produção de conhecimento o tema da saúde mental como parte da saúde pública está ausente na graduação e na pós-graduação. Faz-se necessário, portanto, ampliar as instâncias de capacitação para além das universidades, propondo um trabalho integral, intersetorial, em que haja “o diálogo do saber científico convencional com os saberes populares” a favor da interdisciplinariedade (TAVARES, 2005, p. 407).

Para Tavares, essa nova perspectiva assistencial interdisciplinar mobiliza não somente a esfera das relações sociais e econômicas, mas também as expressões emocionais, afetivas e biológicas, consideradas pela autora como um desafio para a prática profissional diante do desenvolvimento de ações psicossociais. Assim, o trabalho interdisciplinar da atenção psicossocial conta com a contribuição de diferentes saberes e profissionais, como também do saber dos familiares e da comunidade (TAVARES, et al. 2003; LEÃO; BARROS, 2008, p. 407).

O Modo Psicossocial é uma nova forma de gerenciar a assistência em saúde mental, que utiliza novos parâmetros, rompendo com os saberes

e as práticas até então instituídos. Segundo Silva (2005), essa modalidade terapêutica tem como objetivo principal aumentar as possibilidades de existência do doente mental na organização social, minimizando seu sofrimento psíquico. Há na literatura autores que acreditam que a atenção psicossocial abarca outros procedimentos, como *mediar as trocas sociais* do doente mental no sentido de aumentar sua contratualidade, favorecer um maior *grau de gerenciamento de si próprio* em busca de maior autonomia e *tornar-se referência* para garantir um vínculo de confiança e uma continuidade no atendimento (GOLDBERG, 1996; TYKANORI, 1996).

Assim, cuidar do doente mental convoca à responsabilidade aqueles que o cercam, no sentido de buscar ações que possibilitem e estimulem a realização de trocas sociais com o intuito de diminuir a dependência institucional e aumentar os laços sociais (SILVA, 2005). Dessa forma, as parcerias e as *redes de suporte social como medidas ou recursos terapêuticos* configuram-se maneiras pelas quais se procura construir outro destino social para o doente mental que não a internação ou o abandono (SILVA, 2005; LEÃO; BARROS, 2008).

*Visitas domiciliares, reuniões com a família, agenciamento de escola, trabalho, passeios.*

Há a constante preocupação de comprometer o profissional de saúde mental com as transformações da assistência psiquiátrica, com o trabalho imerso em novos e instigantes encargos e com os recursos no campo da atenção psicossocial. Seguindo essa lógica, o profissional deve tornar-se referência para um conjunto de usuários, responsabilizando-se pela gestão dos cuidados necessários à sua saúde mental (SILVA, 2005).

Com esses novos recursos assistenciais, os profissionais da enfermagem, por exemplo, passaram a

assumir uma nova postura, voltando-se para questões de relacionamento com o paciente e sua família, ambiente terapêutico e inclusão social. Com isso, surgem uma nova ética e um modelo de intervenção baseado numa prática criativa, solidária e multidimensional que privilegia o intercâmbio entre vida e ideias. (TAVARES, 2005, p. 407).

Contudo, Tavares (2005, p. 409) afirma que “a atuação da enfermagem no modo de atenção psicossocial ainda é incipiente e encontra-se em construção”. O que a autora aponta como resultado positivo tem sido o trabalho interdisciplinar, realizado nos novos dispositivos de atenção psicossocial. Verifica-se que “nesses serviços a contribuição da enfermagem é germinal, mesmo porque a novidade ainda não gerou acúmulo suficiente de experiências necessárias no campo da saúde mental brasileira” (TAVARES, 2005, p. 409).

Na literatura especializada, encontramos estudos que versam sobre a contribuição teórica psicossocial ao trabalho terapêutico em rede, ressaltando que as mudanças institucionais vêm ocorrendo a passos lentos. Constata-se que parece haver uma dicotomia entre a teoria e a prática nos serviços psicossociais. Vieira Filho e Nóbrega (2004, p. 378) comentam que os profissionais têm se deparado com

dificuldades nas interações interinstitucionais, na concretização da territorialização, nas teias de conflitos interpessoais, no clientelismo político, nas políticas de abandono da clientela dita “pobre”, no pouco planejamento local e distrital, entre outros.

Na conclusão desses estudos, os autores sugerem que, tanto no desempenho das práticas do profissional como nas políticas públicas, sejam tomadas medidas concretas no sentido de melhor qualificar os atendimentos em saúde mental. Apontam ainda a preocupação com a ampliação da capacitação técnico-política dos trabalhadores e o enfrentamento das contradições desse trabalho. No modelo psicossocial de atenção, ou seja, nesse processo diário de construção da autonomia e da liberdade, há que se resgatar a potencialidade humana, individual e coletiva “por meio das relações concretas entre trabalhadores e usuários, nos espaços reais e possíveis de existência dos CAPS” (VIEIRA FILHO; NOBREGA, 2004; OLIVEIRA, A., 2007, p. 700).

## 1.4 Resumo

Nesta unidade, abordamos o Projeto Terapêutico Singular (PTS), dispositivo que contribui para a realização do cuidado nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial, visando às diferenças e às particularidades de cada paciente.

No cotidiano das experiências desenvolvidas (OLIVEIRA, 2008a), observa-se que o planejamento do cuidado com o uso do PTS tem sido utilizado como estratégia para discussão em equipe, visando à resolução de casos de maior complexidade. Ressaltamos que a participação da equipe multidisciplinar deve ser contínua e coletiva. E, quando necessário, deve ser ativado o auxílio da Equipe de Apoio Matricial.

Durante a construção do PTS, além da participação da equipe, é frisada a importância de quatro momentos para o seu desenvolvimento: definição de hipóteses diagnósticas, definição de meta, divisão de responsabilidades e avaliação e reavaliação. Desse modo, o PTS é uma ferramenta que envolve usuários, familiares e profissionais dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial em seu contexto social, contribuindo para o cuidado humanizado e direcionado àquele que o necessita.

## 1.5 Fechamento

Diante do que apresentamos, nesta unidade, conversamos sobre o Projeto Terapêutico Singular e sua importância no contexto atual do cuidado em Saúde Mental. Além disso, constatamos a importância do envolvimento de profissionais, usuários e familiares nesse contexto.

Na próxima unidade, abordaremos diferentes recursos terapêuticos e estratégias de intervenção oferecidos às pessoas que vivenciam sofrimento, problemas mentais e decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

## 1.6 Recomendação de leitura complementar

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. <[http://www.ufjf.br/hu/files/2009/10/projetos\\_terapeuticos.pdf](http://www.ufjf.br/hu/files/2009/10/projetos_terapeuticos.pdf)>

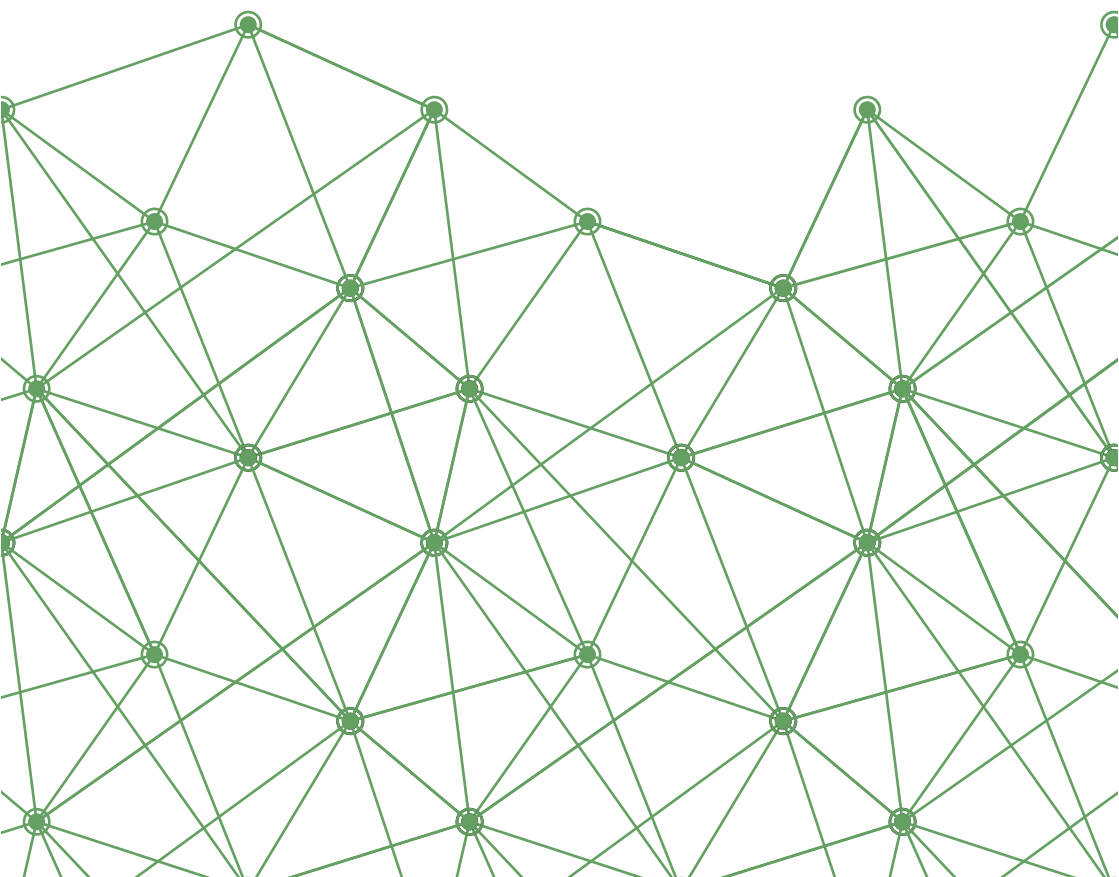
SAÚDE Mental na Atenção Básica. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 24, mar./abr., 2007.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006. (Coleção Saúde Loucura, n. 20).





# UNIDADE 2



## Unidade 2 – Recursos terapêuticos, estratégias de intervenção e intersetorialidade

Com a conclusão desta unidade, você será capaz de efetuar a intervenção terapêutica, refletindo acerca das questões relacionadas à temática.

### 2.1 Introdução

O cuidado em saúde mental requer uma clínica sustentada em um referencial coerente com a reforma psiquiátrica. Dessa forma, apresentaremos conteúdos que compõem este referencial e que contribuem para a conformação do campo da atenção psicossocial. A integração de conteúdos e experiências práticas constituirão ferramentas que possibilitam o exercício profissional para o cuidado em Rede no contexto do SUS. Assim, nesta unidade, abordaremos conteúdos que contribuirão na implementação da Clínica da Atenção Psicossocial.

### 2.2 Território na perspectiva da intervenção

O cuidado em saúde mental, prestado pela equipe interdisciplinar, encontra no território a possibilidade de uma intervenção orientada pela liberdade terapêutica. Historicamente, as pessoas com transtornos mentais eram excluídas da sociedade, em locais os mais distantes possíveis do convívio social. Assim, os hospitais psiquiátricos ficaram marcados no imaginário social como sendo o território das pessoas com transtornos mentais, por ser o *locus* para as pessoas excluídas socialmente.

Yasui (2010) refere que, para romper com o isolamento, o confinamento e principalmente com a cultura de que, “para o louco, o hospício”, é preciso ofertar ações de cuidado no território. Neste sentido, as transformações no modelo de atenção em saúde mental foram garantidas através de uma Política de Estado e da aprovação da Lei nº 10.216 (BRASIL, 2001). Essa lei refere que a pessoa e sua família devem ser tratadas preferencialmente em serviços territorializados. Segundo essa perspectiva, a Portaria nº 336/2002, que regulamenta os Centros de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2004a), enuncia que o cuidado também deve se pautar no âmbito e na lógica do território. Nesse mesmo sentido, a Portaria nº 3.088/2011, que 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 SUS (BRASIL, 2012), aponta que as atividades que favoreçam inclusão e autonomia devem acontecer no e a partir do território vivido pela pessoa.



## Compartilhando

Quando afirmamos que a intervenção no território baseia-se na liberdade terapêutica, conteúdo este desenvolvido na unidade I do módulo V, pressupomos que o objetivo é a inclusão social da pessoa/família a partir de sua vivência.

---

Para Yasui (2010), a lógica do território é um conceito central que norteia as ações a serem desenvolvidas pelos gestores e trabalhadores dos serviços. Destarte, a organização de um ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) deve considerar como a vida se constitui no território, pois esta expressa a correlação de forças políticas e conflitos de interesses que, por vezes, não corresponde às expectativas da equipe interdisciplinar e da gestão dos serviços.

No processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, expresso na Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2005a), o território é um conceito que amplia a possibilidade de singularizar o contexto da análise situacional de saúde e contribui na organização das ações e serviços. As formas de gestão e as práticas profissionais estão inseridas em uma trama social complexa, formada por instituições, governos, mercados, conselhos profissionais, entre outros. A palavra território apresenta diversos significados, dentre eles: limite geográfico, fronteira entre localidades, comunidade, espaço de moradia, lugar de habitação das pessoas, área quantitativa populacional. No entanto, o território como conceito polissêmico no contexto da Reforma Psiquiátrica e na Política Nacional de Saúde Mental é entendido como

[...] a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. Assim, trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Trabalhar no território significa assim resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental. É a ideia do território, como organizador da rede de atenção à saúde mental, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos. (BRASIL, 2005a, p. 26).



## Palavra do profissional

Por vezes, vemos profissionais misturarem os conceitos de território e Comunidade. O território, categoria relacionada à área física na geografia tradicional, tem sido concebido para além de sua dimensão geográfica por Milton Santos (YASUI, 2010), que vislumbrou dimensões históricas, sociais, políticas e culturais inscritas na sua concepção. Sendo assim, o território expressa como o ser humano se relaciona e produz seu modo de viver. Já a noção de Comunidade indica uma perspectiva orientada para pessoas, suas relações e sentimentos de pertencimento, sem estar implicada com uma dimensão geográfica.

---

O território é uma imagem-conceito onde é trilhado o itinerário da pessoa com transtorno mental ou em sofrimento psíquico. De outro lado, é a base para a consolidação dos componentes e pontos da RAPS e o lugar de atuação dos trabalhadores de saúde mental.

O território também pode ser entendido como um espaço físico demarcado subjetivamente. É no território que a vida do ser humano acontece, pois é uma locução que envolve as festas, a torcida pelo time de futebol, o encontro para novas e antigas amizades, a emoção de uma conquista ou derrota nos fatos da vida. Assim, território é um espaço civilizatório de reconstruções socioculturais, de miscigenação étnica, de trocas afetivas e de intervenções em saúde, dentre outros tantos processos de produção de vida.



## Saiba mais

Dentre as origens e influências do conceito de território adotado na Política Nacional de Saúde Mental estão as discussões de Milton Santos na obra: SANTOS, M. O país distorcido. São Paulo: Publifolha, 2002.

---

Kinoshita (apud YASUI, 2010, p. 131) conceitua território como

uma área sobre a qual o serviço deve assumir a responsabilidade sobre as questões de saúde mental. Isso significa que uma equipe deve atuar no território de cada paciente, nos espaços e percursos que compõem as suas vidas cotidianas visando enriquecê-las.

Destarte, a intervenção de saúde no território implica, para a equipe interdisciplinar, uma saída a campo “desprotegida” de uma instituição edificada, no intuito de desbravar a rotina e as surpresas da vida individual e coletiva. É a disposição de realizar busca ativa e visita domiciliar entre ruas, com riscos, e de realizar combinações com lideranças comunitárias, de mapear os espaços de prazer do usuário. É conhecer onde o usuário gosta de utilizar seu dinheiro, onde costuma ir para se sentir melhor, de maneira a instigar o profissional a sair e não perder esta perspectiva ampliada do desenvolvimento da vida.

A equipe interdisciplinar encontra no território a imbricação de diversos processos sociais, políticos e econômicos que envolvem a vida do usuário e sua família. Milton Santos refere que no território as paisagens revelam as memórias dos acontecimentos e os modos de vida das pessoas. Logo, a organização de um serviço de saúde na lógica do território implica compreender como a vida se manifesta na realidade local (YASUI, 2010).

A atuação de uma equipe precisa compreender e respeitar as diferenças locais e as subjetividades em questão, pois as dimensões sociocultural e político-econômica mudam de um território a outro, gerando a necessidade de estratégias diferenciadas de intervenção se, por exemplo, considerarmos uma população rural ou uma população urbana. Até mesmo dentro de uma mesma cidade há diferenças conforme a região urbana ou o bairro em questão.

Todavia, a noção de redes pressupõe uma perspectiva relacional e de poder, explorando a ideia de rearticulação espacial (COSTA; UEDA, 2008) e, no caso da atenção psicossocial, pressupõe uma pactuação entre os componentes e pontos da RAPS, outras redes e demais espaços-lugares significativos para a população. Cada ponto de atenção da RAPS deve ser acessível, estabelecendo-se critérios de avaliação da demanda conforme as necessidades da população e ofertando intervenções de acordo com as questões que cada componente da RAPS se propõe a exercer.

Os trabalhadores em saúde devem ter clareza na identificação do nível de intensidade da demanda e do nível de sofrimento ou crise em que o usuário e a família se encontram. Além disso, é preciso que eles pactuem em fóruns técnicos de discussão que a resolução de cada caso clínico depende de compromisso assumido na Rede de Atenção por gestores e trabalhadores. Dessa forma, necessitamos entender que cada componente e ponto da Rede de Atenção é corresponsável pelo território e que este faz parte de um contexto sanitário de diferentes complexidades.

Um território pode ser composto por espaços como residências, praças, igrejas, escolas, cinemas, teatros, bares, salões de beleza, padaria; e serviços públicos como postos de saúde, hospitais, creches, delegacias e

escolas, dentre outros. A relação que o usuário faz de seu convívio com os dispositivos em seu território aponta para a construção singular de seu território existencial.



### Saiba mais

O entendimento do processo de rearticulação - da formação de redes - tendo como base o território pode de ser encontrado em: COSTA, J. M; UEDA, V. Redes e território: notas sobre a rearticulação espacial. *Boletim Gaúcho de Geografia*, v. 32, p. 131-146, 2008.

---

No entanto, Yasui (2010) destaca que o próprio território sugere a produção de algo novo que implica em novas formas existenciais, individuais e coletivas. O componente do território é algo que necessita constantemente ser recriado. Essa perspectiva tem como desafios pensar e agir sobre o novo e criar novos espaços de atuação de saúde, articulando as formas de se viver com a oferta de ações e serviços.

É preciso valorizar as singularidades existentes e locais. E, como aponta Yasui (2010, p. 129), é preciso criar novas estruturas subjetivas, ou seja, “ocupar o território com a loucura”. Seria concebermos que, opostos ao manicômio, são a vida e a cidade. Assim, cabe pensar estratégias de inclusão, como, por exemplo, a luta coletiva pelo acesso ao transporte coletivo para quem vivencia o transtorno mental, necessita se deslocar por distâncias e é desprovido de renda. Dessa forma, é preciso transformar a vida no território ao propor a inclusão de temas de saúde mental em rádios comunitárias, jornais do bairro, exposição de artesanatos em feiras. Utilizar a arte, como a música, a dança, o cinema, a pintura e o teatro, também é uma forma de transformar a relação entre a sociedade e a loucura. O território é também um espaço de revolução existencial.

---

Entendemos que o conceito de território é complexo e que deve ser abordado a partir de realidades locais, pois o local é permeado por diferentes culturas e contextos que manifestam a diversidade de cada pessoa envolvida no cuidado.

---

## 2.3 Acolhimento: escuta, vínculo e responsabilização pelo cuidado

É no território que os acolhimentos acontecem!

A consolidação da relação entre profissionais, usuários e familiares nos serviços de saúde mental encontra no acolhimento um dos seus princípios éticos de integralidade. A descentralização dos serviços de atenção psicossocial e o avanço do Sistema Único de Saúde reforçaram o acolhimento como dispositivo transversal ao atendimento das demandas dos serviços de saúde.

Dentre as funções de acolhimento, estão o alívio do sintoma do sujeito por meio da escuta e a devolução do discurso do sujeito, ressignificado pelo profissional que o acolhe. Ao demonstrar sua relevância no estabelecimento do vínculo entre usuários-familiares e profissionais, o cuidado é viabilizado pelo profissional (BRASIL, 2010). Brognoli e Rodrigues (2012) afirmam que é imprescindível o estabelecimento desse vínculo para o engajamento dos participantes no processo. Os objetivos do acolhimento estão ligados tanto à possibilidade do vínculo quanto à responsabilização dos profissionais pelo vínculo que se cria.

Segundo Lobosque (2007, p. 2):

(...) acolhimento se encadeia com a oferta de um vínculo e a responsabilização por um cuidado. Abrir a porta não é apenas liberar a entrada e autorizar a permanência de cada um daqueles que chegam; trata-se de criar um lugar pelo qual se responde. Há que se delinear a direção de um tratamento, nunca a priori, e sim a partir daquilo que cada qual traz consigo. Afinal, descobrimos em cada problema a sua mais fértil possibilidade de solução, quando encontramos a maneira mais justa de formulá-lo.



### *Palavra do profissional*

Estamos nos referindo a essa prática de recepção que inicia o estabelecimento de uma relação, dimensão contida no próprio significado do termo acolhimento.

---

A recepção e o acolhimento consideram a perspectiva da singularidade para promover o campo do cuidado. É importante que o profissional repense a sua prática para reações possíveis do cuidador ante a solução ou



não do problema. A partir do momento em que podemos resolver algum sofrimento, nós nos encantamos com nossa própria capacidade de buscar uma solução para tal queixa. Porém, se não nos reconhecermos como profissionais capazes disso, podemos também nos submeter ao sofrimento e nos paralisarmos ante a situação. Entretanto, ao disponibilizarmos uma escuta que não se detenha na queixa, podemos ultrapassá-la e, ao mesmo tempo, transformá-la em uma demanda por cuidado que estimulará a implicação do sujeito com suas próprias questões. Isso significa poder traduzir e devolver a queixa reformulada em uma interrogação acerca de sintomas que mobilizem o paciente a perseguir as respostas. Por essa via é que se pode desencadear uma mudança efetiva da posição subjetiva, uma vez que um sintoma, apesar do sofrimento que produz, paradoxalmente, resulta também em um montante de satisfação.

Brogno e Rodrigues (2012) referem que cabe ao profissional a necessidade de suspender seus próprios julgamentos, de forma que sua escuta possa captar os elementos do discurso. Uma postura aberta ao acolhimento coloca para os profissionais a necessidade do reconhecimento, do desejo e da responsabilidade de estar à demanda do usuário, de escutá-lo e de dar suporte ao seu sofrimento, por vezes assustador e conflitante. É preciso também considerar que o sintoma do sujeito não é, necessariamente, o seu mal, já que os sintomas estão impregnados de sentido e representam, antes de tudo, uma tentativa de solução de um conflito (FREUD, 1976). Portanto, não é preciso abordarmos tais sintomas como algo que precisa ser extirpado a qualquer custo (BROGNOLI; RODRIGUES, 2012).

Destarte, a singularidade do Acolhimento pode ser vista em três dimensões de acordo com Silva Jr. e Mascarenhas (2004): técnica, postura e reorientação do serviço, conforme veremos a seguir.

#### a) Técnica

A dimensão técnica do acolhimento trata da maneira de instrumentalizar e organizar os procedimentos e as ações para compreender a demanda do sujeito. Todavia, nos serviços de saúde são necessárias discussões sobre as concepções teórico-metodológicas sobre o *que* e *como* fazer o acolhimento, pois este pode expressar divergências da equipe, relacionadas às relações de poder no trabalho (SILVA JR; MASCARENHAS, 2004).

Doravante, a relação profissional com o usuário pressupõe, para a equipe de enfermagem e as demais, conhecimento teórico, diálogo com profissionais mais experientes, autoconhecimento e engajamento político. Salientamos também que a dimensão técnica do acolhimento deve incluir o registro do atendimento realizado, o qual, por meio de uma linguagem viva, expressará a proposta de cuidado (ROCHA, 2005).



## Saiba mais

As principais correntes teóricas para o campo da Atenção Psicossocial estão apresentadas em Vasconcelos (2008): *Abordagens psicossociais*, v 1.

---

### b) Postura

Essa dimensão do acolhimento refere-se à forma como o profissional ou a equipe recebem e se posicionam no momento em que o sujeito, o seu acompanhante ou sua família chegam ao serviço. Isso implica em uma relação de interesse mútuo, confiança e apoio. As relações intraequipes devem ser democráticas e estimular a participação, autonomia e decisão coletiva (SCHMIDT; FIGUEIREDO, 2009).

Ao receber o sujeito, a pergunta deve ser a mais simples possível: “E então?; O que lhe incomoda no momento?; O que está acontecendo?; Em que posso ajudá-lo?” (MINAS GERAIS, 2006, p. 141). Para Figueiredo (2004), uma imagem mental também pode ser construída a partir da pergunta sobre o que o paciente pode fazer para sair da condição de sofrimento, de modo que o próprio paciente pense sobre o que ele faz ali, que pode ser um questionamento utilizado mais ao final do acolhimento.

A partir daí, escuta-se o relato para responder a essa primeira interpelação. Neste sentido, vários aspectos apoiam a construção do projeto terapêutico singular a partir de um diagnóstico situacional, evitando com isso a padronização psiquiátrica em um primeiro momento.



## Palavra do profissional

Dentre os dilemas que encontramos no acolhimento, estão:

- Situações nas quais não foi o sujeito que procurou por ajuda;
- Acolhimento realizado junto ou separado do usuário e familiar;
- Qualificação do profissional que fez o acolhimento, se de nível médio ou superior; direcionamento do sujeito: para a Atenção Básica, Centro de Atenção Psicossocial ou outro serviço da Rede.

Por vezes, estas questões precisam ser analisadas em equipe e também junto com a gestão.

---

### c) Reorientação do serviço

A dimensão Reorientação do Serviço significa que o acolhimento é um princípio que reorienta e organiza o processo de trabalho em equipe. A organização do acolhimento no serviço visa a garantir acesso, resolutividade e ações humanizadas por meio de uma gestão participativa, democrática e interativa entre os envolvidos nos serviços de saúde (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999). Destacamos o controle social e a educação em serviço (formação, capacitação) como desafios para os profissionais e gestores.

Aos componentes e aos pontos da Rede de Atenção Psicossocial destaca-se que uma função do acolhimento é distinguir o tipo de queixa e a demanda para avaliar a adequação dos serviços em relação ao usuário. Para tanto, é necessário avaliar vários fatores:

- O deslocamento e a distância
- Se a pessoa consegue suportar o ambiente do serviço em questão
- Os recursos financeiros para frequentar o serviço
- Que suportes e acompanhamento, quando necessários, terá para frequentar o serviço.

Portanto, devem ser consideradas diversas variáveis sobre o acesso e os limites de cada serviço. Para Brognoli e Rodrigues (2012), o diagnóstico psiquiátrico, por si só, não é suficiente para definir a inserção do sujeito em um serviço. Então, precisamos também avaliar sua condição nos três cenários onde a vida cotidiana se desenrola: família, comunidade e trabalho.

Um exemplo ilustrativo disso é a seguinte situação: Certa vez, a equipe de um CAPS recebeu uma ligação telefônica dizendo que um dos usuários do serviço havia colocado sua mãe para fora de casa e estava trancado no quarto com a residência fechada. Quando a equipe chegou ao local, tentou dialogar até convencer o usuário a abrir a casa, mas o mesmo ficou em seu quarto com a porta aberta. O usuário explicou sua atitude, relatando que durante seu sono visitou um planeta e aprendeu uma nova língua, mas ao tentar comunicar-se com sua mãe nessa nova linguagem, ela não o entendia. Então ele se enfureceu por ela não compreendê-lo. A abordagem da equipe foi: “no momento não conseguimos entender o que estás falando, mas queremos compreender, ensina-nos o que estás dizendo para que passemos a nos comunicar”. Assim, o usuário passou a falar veementemente sobre o significado de alguns eletrodomésticos na língua que acabara de aprender, e a equipe estabeleceu um diálogo a partir da abertura para essa aprendizagem. O usuário aceitou ir com a equipe ao serviço, onde se alimentou e voltou para casa melhor, ensinando também para a mãe seu novo alfabeto.

Esse testemunho demonstra que o acolhimento requer disponibilidade para lidar com o que é aparentemente incompreensível, buscando desvelar o sentido e suportar o sofrimento e a dor daquele que nos procura ou é procurado, sem deixar-se paralisar pelas dificuldades de resolução dos problemas e dificuldades vigentes na situação, mas também sem ceder à pressa para resolvê-los, ignorando as perspectivas que o próprio usuário pode ser capaz de articular. O acolhimento na atenção psicossocial implica, então, em mergulhar em um mundo simbólico envolvido pelo desafio de que a compreensão do outro passa por “gente que se importa com gente”.

## 2.4 Matriciamento na Atenção Psicossocial

O cuidado ao ser humano em sua complexidade exige ações de saúde por profissionais de distintos saberes-fazer para promover respostas que alcancem a integralidade deste ser. No campo da saúde e da saúde mental, essa prerrogativa encontra na estratégia do matriciamento uma ferramenta clínico-pedagógica para relacionar o cuidado básico com o especializado e incidir um novo cuidado.

Isso se justifica na compreensão de que, conforme a Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2005a), todo problema de saúde é também de saúde mental e toda saúde mental é também produção de saúde. Assim, é importante a articulação do campo da Saúde Mental na Atenção Básica (AB) e na Estratégia de Saúde da Família (ESF) para garantir um processo de cuidado em saúde integral e compartilhado, tendo em vista que a atenção básica é a entrada preferencial para o sistema de saúde.

Convém destacar que o atendimento em saúde mental não engloba apenas casos considerados graves pela especialidade psiquiátrica e saúde pública. Lidamos com o mal-estar cotidiano, a angústia insuportável e o desencanto com as limitações da vida, que igualmente necessitam ser acolhidos e cuidados (BRASIL, 2005a). Dessa forma, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001), um profissional generalista tem a responsabilidade adicional de identificar sujeitos que possuam transtornos mentais ou problemas pelo uso abusivo de substâncias psicoativas, de maneira a acolher e cuidar desses sujeitos. Neste sentido, a OMS (2001) preconiza a integração da atenção em saúde mental no sistema de saúde geral, aumentando a demanda de generalistas com competência para o atendimento em saúde mental. Para a OMS (2001), os profissionais que integram a equipe de saúde de cuidados básicos necessitam de treinamento para compreender e intervir adequadamente nos problemas relacionados à saúde mental.

No Brasil, desde a implantação do Programa de Saúde da Família em 1994 e a consolidação da Estratégia de Saúde da Família, foi elaborada em 2008 a normativa que materializou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) como estratégia para integrar a atenção básica e as especialidades em saúde. No entanto, a nova portaria que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011a) revogou a normativa específica do NASF e ampliou as diretrizes específicas desta estratégia em seu texto. A relação Atenção Básica e NASF é uma medida político-sanitária que objetiva ampliar e qualificar também o cuidado em saúde mental na atenção primária em saúde. É a partir do apoio matricial, que se dá na integração entre a AB e o NASF, que ocorre a possibilidade de ampliação da concepção de saúde-cuidado, articulando-se a AB com a Saúde Mental.

As origens conceituais do matriciamento remontam ideias e proposições que seriam capazes de reorganizar o cuidado em saúde para potencializar os saberes-fazeres envolvidos por objetivos comuns. Apontam para a superação de uma perspectiva voltada exclusivamente para a doença e que compartimentaliza o ser humano, orientando-se para uma integração entre profissionais especialistas e generalistas (CAMPOS, 2000c). Para Ballester (2011), o matriciamento em saúde mental surge da interconsulta nos hospitais gerais por psicólogos e psiquiatras que rompiam limites institucionais para promover cuidado em diferentes clínicas.

Assim, matriciamento é

um arranjo técnico-assistencial que visa à ampliação da clínica das equipes de ESF, superando a lógica de encaminhamentos indiscriminados para uma lógica de responsabilização entre as equipes de ESF e Saúde Mental, com a construção de vínculos entre profissionais e usuários, pretendendo uma maior resolutividade na assistência em saúde, (CAMPOS; DOMITTI apud BRASIL, 2009a, p. 39).

A equipe de apoio matricial distingue-se da equipe de cuidados básicos por sua busca em prevenir a medicalização e psicologização do sujeito em sofrimento e pela sua responsabilização pelo cuidado, tendo a ESF como referência nas ações em saúde (YASUI; COSTA-ROSA, 2008).

Em sua origem, a equipe de apoio matricial poderia ser composta por um ou mais profissionais com saberes específicos que apoiem outros profissionais (OLIVEIRA, 2008a). Entretanto, os profissionais que compõem o matriciamento estão inseridos nos Núcleos de

*O contexto teórico da prática do matriciamento em saúde mental envolve o aprofundamento de conceitos, como referência, responsabilidade sanitária, gerenciamento e coordenação de casos, projeto terapêutico singular, campo e núcleo de saberes-fazeres, compartilhamento, cogestão e que podem ser encontrados na obra de Oliveira (2008a).*

Apoio à Saúde da Família. Sua constituição equivale a equipes profissionais de diferentes áreas do saber que atuam de forma integrada e apoiam os profissionais da ESF para populações específicas, a exemplo dos consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais e academia da saúde (BRASIL, 2011a). A composição de profissionais no NASF segue a normativa apoiada no Código Brasileiro de Ocupações, distinguida em duas modalidades: NASF 1 e 2.

Quadro 1: Distinção entre NASF 1 e 2

TIPO DE NASF	CARGA HORÁRIA SEMANAL	Nº DE PROFISSIONAIS	ESF/NASF
NASF 1	200 horas	Ex: 10 profissionais de 20 horas	8 a 15 equipes de ESF
NASF 2	120 horas	Ex: 6 profissionais de 20 horas	3 a 7 equipes e ESF

Fonte: Adaptado de Brasil (2011a).

Para Brasil (2011a, p. 25), “a composição de cada um dos NASFs é definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade a partir dos dados epidemiológicos, das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas”.

Em termos práticos, segundo Oliveira (2008a), o matriciamento deve levar em consideração os seguintes aspectos:

- Quantidade e qualificação dos profissionais
- Educação permanente
- Cultura de organização sanitária entre gestores e trabalhadores
- Pactuação da rede de serviços
- Organização do processo de trabalho nos serviços.

Toda forma de encaminhamento deve ser discutida de maneira corresponsável, mesmo com o sistema de referência e contrarreferência.

A aplicação prática do matriciamento se dá por algumas vias, como: Interconsulta; Atendimento e Consulta Conjunta; Visita domiciliar; Discussão de casos; Formulação de Projetos Terapêuticos Singulares; Contato a distância; Genograma e ecomapa; Educação permanente; Intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade; Ações intersetoriais; Ações de prevenção e promoção da saúde; Discussão do processo de trabalho das equipes (OLIVEIRA, 2008a; BRASIL, 2011a; BALLESTER, 2011; CHIAVERINI, 2011). Todas essas atividades podem ser desenvolvidas em unidades básicas de saúde, academias da saúde ou em outros pontos do território e da Rede de Atenção (BRASIL, 2011a).

Além do exposto, os profissionais do NASF podem conceber e agir na análise e intervenção conjunta sobre riscos coletivos e vulnerabilidades, apoio à discussão de informações e indicadores de saúde, suporte à organização do processo de trabalho (BRASIL, 2011a).

Em que pese as ações entre Atenção Básica e Saúde Mental, apresentamos no quadro abaixo algumas diretrizes de atuação:

Quadro 2: Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde – Diretrizes Gerais para a atuação das Equipes de Saúde.

1. Deve-se identificar, acolher e atender às demandas de saúde mental do território, em seus graus variados de severidade – os pacientes devem ter acesso ao cuidado em saúde mental o mais próximo possível do seu local de moradia, de seus laços sociais e familiares.
2. Devem ser priorizadas as situações mais graves, que exigem cuidados mais imediatos (situações de maior vulnerabilidade e risco social).
3. As intervenções devem se dar a partir do contexto familiar e comunitário – a família e a comunidade devem ser parceiras no processo de cuidado.
4. É fundamental a garantia de continuidade do cuidado pelas equipes de Saúde da Família, seguindo estratégias construídas de forma interdisciplinar.
5. As redes sanitária e comunitária são importantes nas estratégias a serem pensadas para o trabalho conjunto entre saúde mental e equipes de Saúde da Família.
6. O cuidado integral articula ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação psicossocial.
7. A educação permanente deve ser o dispositivo fundamental para a organização das ações de saúde mental na Atenção Primária.

Fonte: Cadernos de Atenção Básica – NASF (BRASIL, 2009a, p. 40).

Entretanto, a situação de risco é um critério de escolha para que uma intervenção matricial seja realizada. Dentre as principais situações de risco, encontramos:

(...) Cárcere privado; Abuso ou negligência familiar; Suspeita de maus-tratos e abuso sexual de crianças e adolescentes, além de outras evidências de violência intrafamiliar; Situações de violência entre vizinhos; Situações de extremo isolamento social; Situações de grave exclusão social (idoso ou pessoa com deficiência em situação de abandono, crianças e adolescentes em situação de risco pessoal ou social, população em situação de rua); Indivíduos com história de múltiplas internações psiquiátricas, sem tratamento extra-hospitalar; Uso de medicação psiquiátrica

*Os NASFs fazem parte da Atenção Básica, mas não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo. Estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes de Atenção Básica. Assim, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes e/ou Academia da Saúde, eles devem atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços, a exemplo dos CAPS, CEREST, Ambulatórios Especializados etc., além de outras redes, como SUAS, redes sociais e comunitárias (BRASIL, 2011a, p. 24).*

por longo tempo sem avaliação médica; Problemas graves relacionados ao abuso de álcool e outras drogas; Crises psicóticas; Tentativas de suicídio; Crises convulsivas e conversivas. (BRASIL, 2009a, p. 41).



### *Palavra do profissional*

É importante que enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, bem como os agentes comunitários de saúde se interessem e participem do matriciamento em seus locais de trabalho para efetivar a integralidade do SUS e enriquecer um cuidado interdisciplinar.

Como podemos perceber, trata-se de demandas complexas, e os profissionais da AB, ESF e NASF por vezes necessitam recorrer à Rede de Atenção em Saúde e Intersetorial para realizar ações em saúde que sejam resolutivas. A reorganização do sistema em redes de atenção visa a acolher e acompanhar o usuário-família ao garantir o acesso aos serviços sem restrições e hierarquias entre os pontos de atenção e a AB. Por isso, é crucial que a AB exerça a função de regulação e porta de entrada do SUS.

Para Barban e Oliveira (2007), a operacionalização da integração entre Atenção Básica e Saúde Mental e, conseqüentemente, o matriciamento dá-se também com a construção de instrumentos que organizam o trabalho. É essencial construir fluxogramas que esquematizem o acompanhamento dos usuários, a construção de um plano de cuidados em equipe a partir do elenco das situações de risco que geram o sofrimento psíquico, a elaboração de fichas de detecção de risco e a identificação dos transtornos mentais no território. Acompanhar os casos através de instrumentos é primordial para as equipes de matriciamento e da AB. É importante também um cadastro de entidades ou dispositivos territoriais existentes na área de abrangência da unidade de saúde, como subsídio para a intersetorialidade e ações distintas no território.

Segundo Barban e Oliveira (2007), são necessários estabelecimento de fórum de discussão dos agentes comunitários de saúde, reuniões intersetoriais pactuadas com a gestão em saúde, reuniões regulares de equipe locais e da Rede de Atenção.

Portanto, o apoio matricial se desenvolve com a construção do Projeto Terapêutico Singular, que pode ser acompanhado pelas equipes de outros serviços (CAMPOS; AMARAL, 2007).





## Compartilhando

Dentre as autoridades que estudam e publicam sobre o tema da atenção básica, saúde mental e matriciamento no Brasil, está a professora Rosana Teresa Onocko Campos.



## Saiba mais

Este é um livro de Referência para estudos e atuação sobre Matriciamento no Brasil: CHIAVERINI, Dulce Helena (Org.). Guia prático de matriciamento em saúde mental. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p.

## 2.5 Atenção domiciliar e familiar

Nesta seção, abordaremos os conceitos e ações que compreendem a atenção domiciliar e familiar.

### 2.5.1 Atenção domiciliar

A história recente da atenção domiciliar remete os idos de 1854 e 1856, quando mulheres sem instrução da comunidade recebiam salários para educar famílias carentes sobre os cuidados de saúde. Essas mulheres eram chamadas de visitadoras sanitárias, e o preparo delas para ir a campo era atribuição da Sociedade de Epidemiologia de Londres (REINALDO; ROCHA, 2002). No Brasil, de acordo com Santos e Kirschbaum (2008), a visita domiciliária iniciou-se na década de 1920, mas foi a partir do Programa de Saúde da Família, na década de 1990, que essa prática de saúde avançou como instrumento de cuidado.

Atenção domiciliar em saúde mental é um recurso terapêutico que possibilita aos profissionais dos serviços acompanhar, continuar e promover o cuidado na residência do usuário e família. Esse recurso aponta para a aproximação com o território e deve ser uma estratégia regular para os serviços de saúde. Ele indica, ainda, o conhecimento sobre as dimensões e peculiaridades da vida do sujeito, como, por exemplo, as condições sanitárias, socioeconômicas e os hábitos e costumes do usuário em seu

contexto, ou seja, como dorme, onde se alimenta, como compreende as relações familiares e, principalmente, como constitui seus vínculos existenciais e afetivos.

Dentre os aspectos importantes da Atenção Domiciliar (AD) está o reconhecimento dos fatores que interferem nas condições existenciais do usuário-família acompanhados pela equipe. No entanto, é essencial que a AD seja planejada para que seus objetivos sejam alcançados ao ampliar o contexto do processo saúde-sofrimento-transtorno.

Para Chiaverini et al. (2011, p. 36), a AD deve focar sobre quais tipos de casos a equipe busca priorizar e como ela precisa se organizar para atendê-los. As perguntas que podem nortear a escolha são: “Quais são os grupos em situação de maior risco nessa população? Que tipos de usuários com questões psicossociais têm dificuldade de acesso ao serviço? Qual deverá ser a regularidade das visitas domiciliares conjuntas dentro do matriciamento?”. Salienta a autora que a discussão sobre o caso deve incluir o maior quantitativo de participantes possíveis, independentemente da presença no domicílio, pois facilita percepções e ações inovadoras.

Todavia, no campo da saúde mental, por vezes se faz necessária a articulação entre profissionais da Atenção Básica e do apoio matricial junto com o Agente Comunitário de Saúde, por ser este último o profissional que mais conhece o território.

No quadro a seguir, as diretrizes na prática da AD:

Quadro 3: Diretrizes para a AD em saúde mental.

- O ACS comunica (ou não, dependendo do caso) e agenda a visita domiciliar com a equipe.
- No domicílio, explica-se ao usuário e família o motivo de a equipe estar ali.
- Solicita-se permissão para dialogar e realizar o encontro.
- Deve-se procurar saber em qual lugar da casa (ou fora dela) o paciente e família sentem-se mais seguros.
- Deve-se conhecer quem são os moradores da casa e quem são os familiares envolvidos no cuidado diário do paciente.
- Deve-se anotar principais dados no momento da visita, mas registrar informações e impressões posteriormente.
- A comunicação deve estar próxima à linguagem cultural do usuário-família.
- Deve-se observar a (in)dependência do usuário em relação as atividades de rotina em sua casa.
- Averiguar como a família influencia a autonomia do usuário.
- Visualizar como é o envolvimento e a participação do usuário fora de casa, no território, quais são os recursos institucionais que ele utiliza.
- Desmistificar qual é reação da comunidade sobre o usuário e família.
- As decisões profissionais podem ou não ser tomadas na frente do usuário e família, mas deve-se deixar claro na comunicação todos os encaminhamentos.

Fonte: adaptado de textos de Chiaveniri et al.(2011) e Spricigo, Tagliari e Oliveira (2010).



## Saiba mais

OLIVEIRA, R. M. P; MIRANDA, C. M. L. Pintando novos caminhos: a visita domiciliar em saúde mental como dispositivo de cuidado de enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 10, p. 645-651, 2006.

As diretrizes acima aproximam a AD da possibilidade de avaliar os projetos terapêuticos, a integração familiar e, principalmente, a análise do gerenciamento do caso. Por outra via, sabemos que a AD em saúde mental deve respeitar o tempo e a condição existencial de cada usuário e família.

Exemplificando a utilização da AD, vejamos o seguinte relato:

Certa vez, um familiar chegou em um Centro de Atenção Psicossocial dizendo que a irmã não saía mais de casa e estava sem se alimentar, pois acreditava que havia veneno em sua comida. A equipe do CAPS articulou a atenção domiciliar junto com o ACS da unidade de saúde. Na residência, após tentativa de contato verbal por uma hora, a usuária disse à equipe que esta fosse embora e que ali não tinha ninguém. E assim foi por mais duas visitas, até que na quarta visita a usuária saiu na janela da casa e disse que era dona de um hospital na Amazônia e que precisava ficar descansando. Na sexta visita, ela abriu a porta e consentiu que a equipe entrasse. Na oitava visita, aceitou acompanhar a equipe ao CAPS para conhecer o serviço e ali se engajou na oficina de tapeçaria.



## Palavra do profissional

Embora a AD possua um perfil técnico, ela se pauta por valores éticos, bastante demandados ao lidar com situações inesperadas, como no caso apresentado, onde o acolhimento voltou-se para a persistência na construção do vínculo com a usuária. A criatividade, a ousadia, a tolerância e a solidariedade são valores que estão constantemente presentes na AD.

A Atenção Domiciliar é uma dentre diversas perspectivas de cuidado passíveis de realizar no domicílio. Como é comum que os profissionais misturem as denominações em questão, destacamos abaixo algumas distinções para contribuir para o esclarecimento de alguns termos.

Quadro 4: Modalidades de visitas domiciliares

MODALIDADE DE VISITA	DESCRIÇÃO
Atenção Domiciliar	Modalidade mais ampla, envolvendo ações de vigilância à saúde de indivíduos, grupos e famílias, de modo a promover, manter e/ou restaurar a saúde da população.
Atendimento Domiciliar	Execução de qualquer atividade profissional direta à saúde dos indivíduos.
Internação Domiciliar	Prática mais intensiva e complexa no domicílio do usuário.
Visita Domiciliar	Acompanhamento dos indivíduos, da família, em forma de atendimento domiciliar.

Fonte: Lacerda et al. (2006, p. 94).

A partir desse contexto histórico, descritivo e conceitual de visita domiciliar, ressaltamos que no Brasil há uma Política de Atenção Domiciliar no âmbito do SUS, normatizada pela [Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011](#) (BRASIL, 2011b, p. 2), que indica a AD como componente da Rede de Atenção à Saúde e cujo objetivo em seu Art. 3º é

*A Portaria nº 1.533, de 16 de julho de 2012, altera e acresce dispositivos à Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011, e redefine alguns itens.*

a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários.

A referida portaria (BRASIL, 2011b, p. 2) informa outros conceitos centrais para o cotidiano do trabalho e da gestão em saúde:

I - **Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)**: serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP).

II - **Atenção Domiciliar**: nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde.

III - **Cuidador**: pessoa com ou sem vínculo familiar, capacitada para auxiliar o usuário em suas necessidades e atividades da vida cotidiana.



## Saiba mais

No Brasil, foi lançado o Programa Melhor em Casa que objetiva ampliar o atendimento domiciliar no SUS. Este programa está materializado também no Caderno de atenção domiciliar, v. 1 e 2. Você pode acessá-los em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/geral/cap\\_2\\_vol\\_%201\\_diretrizes\\_para\\_a\\_ad\\_na\\_ab\\_final.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/cap_2_vol_%201_diretrizes_para_a_ad_na_ab_final.pdf)> e <[http://189.28.128.100/dab/docs/geral/cap\\_3\\_vol\\_2\\_diretrizes\\_0complexidade\\_final.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/cap_3_vol_2_diretrizes_0complexidade_final.pdf)>

Salientamos que a AD é um recurso que materializa as ações em saúde e contribui para um cuidado complexo na medida em que sua prática seja inserida na rotina do trabalho e com avaliações permanentes e que envolva a Rede de Atenção à Saúde.

## 2.5.2 Atenção familiar

As transformações sociais, econômicas, políticas e culturais influenciam os padrões e estilos de funcionamento da família, principalmente em uma sociedade de consumo em que trabalho e renda (formal, informal ou programa governamental) são objetos centrais de sobrevivência.

Assim, a concepção de família foi sofrendo modificações ao longo das épocas. Segundo o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), o termo “família” refere-se a um “núcleo afetivo, vinculado por laços consanguíneos, de aliança ou afinidade, que circunscrevem obrigações recíprocas e mútuas, organizadas em torno de relações de geração e de gênero” e que tem como deveres a educação de crianças e adolescentes, bem como a proteção de idosos e portadores de deficiência (BRASIL, 2005b, p. 17).

Dentre os objetivos gerais da família, estão:

- a proteção psicossocial de seus membros;
- a adaptação na cultura na qual estão inseridos;
- a constituição de um espaço para o desenvolvimento e proteção de seus membros (MINUCHIN, 1982).

É no núcleo familiar que são inicialmente transmitidos padrões educacionais, valores morais, éticos e humanitários, bem como aspectos culturais. No entanto, cada família tem uma dinâmica de funcionamento própria (ANDOLFI, 1996).

Além de objetivos básicos, a concepção ocidental tradicional de família também possui papéis, como a função materna relacionada ao vínculo e afeto, e a função paterna associada à ordem, lei, autoridade e regras. As tarefas materna e paterna podem ser desempenhadas por alguém do sistema familiar. A função de aprendizagem está relacionada à aquisição de conhecimentos e, por último, a “função de historiador contém a tarefa de passar história, raízes, base, continuidade; de fazer a ligação entre passado, presente e futuro” (ROSSET, 2007, p. 70).

Na abordagem sistêmica de família, o sistema familiar é composto por membros que interagem e detêm funções relativamente claras e definidas. Nessa abordagem, as famílias são designadas como funcionais, pois cada um dos seus integrantes sabe suas funções, os seus limites e o seu espaço dentro da família, reconhecendo “quem é o marido, quem é a mulher, quem cuida de quem, quem faz parte de quais atividades” (ROSSET, 2007, p. 67). Nessas famílias, a comunicação é clara, as pessoas conhecem o que pensam e o que sentem, consideram a diferença como uma oportunidade de aprender e não como ameaça ou conflito, aceitam a responsabilidade pelo que sentem e pensam, sem negá-las ou atribuir a outros, e disporão de técnicas para negociar abertamente (SATIR, 1980).

Quando esses aspectos estão comprometidos, haveria maior risco de ocorrer alguma disfunção, gerando problemas familiares que podem aparecer como sintoma em algum membro da família, como anorexia, bulimia, ansiedade, transtornos mentais, depressão, raiva, comportamentos inadequados para a idade, como, por exemplo, a criança fazer as necessidades fisiológicas na roupa, déficit de atenção, hiperatividade, entre outros conflitos.

Nessa perspectiva, os sintomas que aparecem em um membro da família poderiam ser os sintomas da própria família. Surgem como forma de equilibrar o sistema relacional e mascarar o problema real.

Assim, a família com todos os seus membros deve receber a mesma atenção e cuidado que também são ofertados à pessoa que apresenta sintomas de sofrimento ou transtorno mental. Os familiares, ao compartilhar da história de vida do usuário, também sofrem com os encargos que o transtorno mental acarreta. Logo, a família que vivencia o sofrimento psíquico é aquela que interage com uma condição desafiadora e complexa.

A interação familiar com a pessoa com transtorno mental é dinâmica, pois cada configuração é única e também conflitante, já que a relação interpessoal promove um misto de sentimentos e emoções que interrogam o convívio.

A convivência com o sofrimento psíquico exige da família uma preparação para o acompanhamento, já que ela deverá reestruturar-se para construir um meio favorável à recuperação e manutenção do equilíbrio entre seus membros, tanto nos níveis econômico e social, como psicológico.

Oliveira (2000, p. 21) refere que

diante do diagnóstico de transtorno mental, as famílias em geral, não conseguem compreender o que está acontecendo e desconhecem as possíveis causas que possam justificar tamanha desorganização de comportamentos, conduta e afeto. A partir daí, começa a se configurar um círculo vicioso, no qual o familiar doente sofre e a família também sofre, aumentando essa desorganização, até que alcancem um nível razoável de aceitação e controle sobre o transtorno.

Cada família e seus membros reagem de forma variada diante da pessoa com transtorno mental. Alguns acolhem, outros se envergonham e se isolam; há aqueles que não aceitam e negam o problema, os que rejeitam e abandonam a pessoa; e há também aqueles que cuidam, se cuidam e lutam por seus direitos.

Minas Gerais (2006) refere que não existe um modelo padrão para o familiar lidar com a pessoa com transtorno mental. Todavia, há aspectos comuns, como: a família ficar desnorteada diante de uma situação de difícil compreensão, com a manifestação de angústia, impaciência e irritação. Outro aspecto é a vergonha, medo ou culpa diante da exposição e preconceito que o senso comum associa ao transtorno mental.

Ao desenvolver um trabalho com famílias que vivenciam o transtorno mental, Oliveira (2000, p. 20), constatou que

estas sentiram falta, especialmente, no momento inicial da manifestação clínica da doença, de um profissional da saúde que as auxiliasse, prestando informações sobre o significado da doença, suas implicações, cuidados e, principalmente, que lhe proporcionassem conforto, compreendendo suas necessidades enquanto seres que sofrem, entram em pânico frente ao desconhecido e que, portanto, também requerem cuidados.

Embora seja compreensível que o desconhecido e a mudança causem diferentes atitudes nos familiares, cabe aos profissionais apaziguar, interceder e mediar as relações entre o familiar e a pessoa com transtorno mental, já que a estrutura de funcionamento e a comunicação familiar pode se fragilizar.

Para exemplificar, observemos o seguinte caso:

A mãe de um menino foi para uma consulta de enfermagem queixando-se de que o filho apresentava compulsão alimentar. A mãe relatou que o filho estava tirando notas ruins na escola e que a professora lhe informara que o menino não conseguia se concentrar e que estava apresentando comportamento agressivo. Na consulta, perguntou-se aos pais como era o cotidiano deles. A mãe respondeu que eles haviam se separado no começo do ano, mas que voltaram. No entanto, por vezes, o esposo sumia, não dormia em casa, mas, que ela gostava muito dele. A enfermeira perguntou ao pai como era a sua rotina e ele disse que era empresário, que tinha muitos compromissos e que havia dito à sua esposa que voltaria apenas nessa condição, na de ficar alguns dias em casa e outros não, e que ela havia aceitado. Perguntou-se como esse contrato foi conversado com o filho. Ambos apenas se entreolharam. Dessa forma, para clarificar, foi questionado o que significava esse entreolhar. A mãe respondeu informando que ela havia conversado com o filho, mas que o menino não gostava de falar sobre isso.

Nesse exemplo, percebe-se que o filho aparece como aquele que carrega o sintoma da dinâmica familiar. É importante notar a representação e crença que cada um dos cônjuges tem de família. As regras e fronteiras nessa família não estão claras. A intervenção se deu no intuito de conhecer a dinâmica familiar: como era o cotidiano, o diálogo, as expectativas e representações, e, assim, identificar o padrão de funcionamento, ou seja, como a família funciona, apresentando os pontos de divergência e convergência.

Qualquer membro de uma família que enfrenta um problema que ameace seu padrão de funcionamento é envolvido. A família poderá se apoiar na escolha de formas diferentes de enfrentar o problema a partir de sua cultura e experiências. Quando a família é bem organizada, com um sistema de respeito e continência claro e aceitável, a comunicação e os papéis de um modo complementar exercerão maior apoio à pessoa com transtorno mental.

De acordo com Bernardo (1992, p. 31),

as modernas correntes de saúde mental vieram provar que um sintoma ou uma perturbação de comportamento de um dos membros da família deve ser compreendida e analisada no contexto de suas relações interfamiliares, nomeadamente os papéis e funções que cada membro desempenha na respectiva família, bem como no quadro das condições culturais, religiosas, sociais e econômicas dessa família.



Os membros que constituem a família precisam ser incluídos no cuidado prestado à pessoa com transtorno mental, pois é o próprio grupo familiar quem pode determinar o que é melhor para si mesmo (OLIVEIRA, 2000). O profissional que acompanha famílias deve considerar a realização de uma reflexão sobre o seu próprio modelo compreensivo de família e pessoa com transtorno mental, para que seu julgamento, suas crenças, valores e atitudes não interfiram na relação profissional com outras famílias.

---

De acordo com Minas Gerais (2006), a abordagem familiar deve:

- acolher e escutar a família com o consentimento do usuário, o que permitirá o compromisso com o cuidado;
- considerar que é importante que o profissional e a equipe oportunizem a família a refletir as próprias ações;
- ofertar atenção e dar a entender que as medidas cabíveis estão sendo realizadas frente ao caso, principalmente quando o familiar está angustiado e com dúvidas;
- considerar que a família deve ser envolvida na construção do histórico do usuário;
- incluir a família no projeto terapêutico singular (ROSA, 2005);
- atender regularmente a família no serviço e visita domiciliar, mas respeitando o espaço do usuário;
- considerar que é necessário incluir o familiar em atividades que envolvam as necessidades humanas básicas do usuário, principalmente quando se encontra sem condições de cuidar de si;
- esclarecer os diversos tipos de tratamentos, mesmo quando o familiar sente-se convicto com determinado tipo de procedimento;
- reforçar que, durante uma internação, é válido manter os vínculos familiares de modo que o usuário não se sinta sozinho. Diamantino (2010) alerta que as ambivalências afetivas devem ser observadas de forma a influenciar em modos contínuos ou descontínuos de cuidado;
- refletir sobre os direitos e deveres do familiar no campo da saúde mental;
- considerar que em situações de crise um clima de tensão se instala, e a permanência constante do familiar diminui este estado;

- dialogar com o familiar sobre quais são os seus limites como cuidador e esclarecer o cuidado profissional neste contexto;
- caso a crise fragilize as relações familiares, a permanência do paciente no serviço de saúde mental se faz necessária, mas deve-se avaliar regularmente a aproximação do familiar.



### Saiba mais

ROSA, L. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

MELMAN, J. **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**. São Paulo: Escrituras Editora, 2001.

---

Portanto, o profissional e equipe que possuam como finalidade um cuidado ético e integral devem incluir a família no cotidiano dos serviços, pois privilegiar apenas a pessoa com transtorno mental torna o tratamento fragmentado e descontextualizado.

## 2.6 Psicofármacos

Conforme Almeida, Dratcu e Laranjeira (1996), os psicofármacos são drogas que atuam nos processos psíquicos em geral. De acordo com o seu efeito principal ou aquele que estabeleceu a sua utilidade terapêutica, tais drogas são classificadas em:

- ansiolíticos/hipnóticos;
- antidepressivos;
- antipsicóticos/neurolepticos; e
- estabilizadores do humor.

Vejamos a seguir a respeito de cada um deles.

## 2.6.1 Ansiolíticos/hipnóticos

Os grandes representantes desse grupo de substâncias são os compostos benzodiazepínicos, que surgiram a partir da década de 1960, como o clordiazepóxido e o diazepam.

Os benzodiazepínicos mais empregados na clínica são: diazepam, clordiazepóxido, lorazepam, bromazepam, clonazepam, alprazolam. Outros benzodiazepínicos que também são utilizados, incluem: nitrazepam, flurazepam, flunitrazepam e midazolam.

### Indicações

São indicados para o tratamento de transtornos de ansiedade, fobia social, transtornos de ajustamento quando existe ansiedade ou insônia intensas, no tratamento da insônia, delirium tremens, em doenças neuromusculares com espasticidade muscular, como coadjuvantes no tratamento de diferentes formas de epilepsia e da mania aguda, no manejo da acatisia, como medicação pré-anestésica, e, por fim, em situações heterogêneas de ansiedade situacional que não chegam a caracterizar um diagnóstico (CORDIOLI, 2005).

### Contraindicações

Não devem ser utilizados em pessoas com hipersensibilidade a essas drogas, ou que apresentem problemas como glaucoma de ângulo fechado, insuficiência respiratória, doença pulmonar obstrutiva crônica, miastenia gravis, doença hepática ou renal graves, bem como em alcoolistas e drogaditos (BALLENGER apud CORDIOLI, 2005).

### Efeitos colaterais

Causam sedação, fadiga, perdas de memória, sonolência, descoordenação motora, diminuição da atenção, da concentração e dos reflexos, aumentando o risco para acidentes de carro ou no trabalho, além de produzir dependência, reações de abstinência e rebote (BALLENGER; MÖLLER apud CORDIOLI, 2005).

## 2.6.2 Antidepressivos

Os antidepressivos são representados por um vasto número de compostos. Dentre eles, destacam-se os grupos de substâncias:

- **Tricíclicos** - imipramina, amitriptilina, clomipramina, nortriptilina, maprotilina, doxepina
- **Inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS)** - fluoxetina, sertralina, paroxetina, citalopram, escitalopram, fluvoxamina
- **Inibidores da enzima monoamino-oxidase (IMAO)** - fenzelina, tranilcipromina, moclobemida.

Além dessas, outras substâncias com diferentes mecanismos de ação são utilizadas no tratamento da depressão, bem como em outros transtornos mentais: amineptina, bupropiona, milnaciprano, mirtazapina, nefazodona, reboxetina, tianeptina, trazodona, venlafaxina.

Conforme Cordioli (2005), o que determina a diferença entre os vários tipos desses medicamentos é o seu perfil de efeitos colaterais. Os primeiros antidepressivos lançados no mercado, no final da década de 1950, pertencem ao grupo dos tricíclicos e se caracterizam por provocar efeitos colaterais geralmente mais incômodos. Os antidepressivos mais recentes são mais seletivos, apresentam menos efeitos colaterais e, conseqüentemente, melhor tolerância.

### Indicações

São utilizados para o tratamento de transtornos depressivos, especialmente em depressões de intensidade moderada ou grave, nos quais a apresentação clínica e a história pregressa sugerem a participação de fatores biológicos, muito embora estejam sendo utilizados cada vez mais em outros transtornos mentais.

Os compostos tricíclicos são as drogas de escolha em depressões graves e em usuários hospitalizados. Além disso, são efetivos no transtorno do pânico, no transtorno de ansiedade generalizada, na dor crônica, no déficit de atenção com hiperatividade e no transtorno obsessivo-compulsivo.

Os ISRS, além de serem utilizados na depressão unipolar, revelaram-se eficazes no transtorno obsessivo-compulsivo, no transtorno do pânico, na distímia, em episódios depressivos do transtorno bipolar, na bulimia nervosa, na fobia social, na ansiedade generalizada e no stress pós-traumático.

Já os IMAO são recomendados para o tratamento de depressões atípicas, transtornos ansiosos (pânico e fobias) e para pessoas resistentes ao tratamento com os demais antidepressivos.

Dos demais antidepressivos, de acordo com Cordioli (2005), vale citar que:

- a bupropiona é utilizada no tratamento do tabagismo;
- a nefazodona e a mirtazapina são preferidas em quadros depressivos acompanhados de ansiedade; e
- a venlafaxina vem sendo largamente utilizada no tratamento da ansiedade generalizada.

### Contraindicações

Os compostos tricíclicos são contraindicados em pessoas com: problemas cardíacos (bloqueio de ramo, insuficiência cardíaca) ou após o infarto recente do miocárdio (três a quatro semanas); hipertrofia de próstata, constipação intestinal grave e glaucoma de ângulo estreito. Devem ser evitados ainda em idosos pelo risco de hipotensão postural e consequentemente de quedas; e em pessoas com risco de suicídio, pois são letais em overdose. São também contraindicados em pessoas com sobrepeso ou obesas, pois provocam ganho de peso.

Os ISRS são contraindicados em usuários com hipersensibilidade a estas drogas ou com problemas gastrintestinais como gastrite ou refluxo gastroesofágico. Pessoas que utilizam múltiplas drogas e com insuficiência hepática devem evitar a fluoxetina, pois ela apresenta interações medicamentosas bastante complexas. Devem ser evitados ainda em usuários com disfunções sexuais não decorrentes de depressão, pois podem agravar tais quadros (CORDIOLI, 2005).

### Efeitos colaterais

Os efeitos mais comuns dos tricíclicos são: boca seca, constipação intestinal, retenção urinária, visão borrada, taquicardia, queda de pressão, tonturas, sudorese, sedação, ganho de peso, tremores.

Já, os efeitos mais comuns dos ISRS, são: ansiedade, desconforto gástrico (náuseas, dor epigástrica, vômitos), cefaleia, diminuição do apetite, disfunção sexual, inquietude, insônia, nervosismo, tremores.

O principal efeito colateral dos IMAO é a hipotensão postural, mas podem ocorrer outros efeitos adversos, como: tontura, cefaleia, inibição da ejaculação, fraqueza, fadiga, dificuldade para urinar, boca seca, visão

embaçada, obstipação, rash cutâneo, anorexia, parestesias e edema dos pés (CORDIOLI, 2005).

### 2.6.3 Antipsicóticos/neurolépticos

Os antipsicóticos começaram a ser utilizados na década de 1950, a partir da descoberta de que a clorpromazina diminuía a intensidade dos sintomas psicóticos. A partir dela, outros agentes com ação antipsicótica foram empregados.

Os antipsicóticos são classificados em típicos (clássicos ou convencionais) e atípicos. Os antipsicóticos típicos ou de primeira geração, são anteriores aos atípicos, de segunda ou de nova geração. As diferentes gerações de antipsicóticos não se distinguem em termos de eficácia clínica, mas sim em termos do perfil de efeitos colaterais.

Os antipsicóticos típicos são menos seletivos nos seus mecanismos de ação. Os antipsicóticos de segunda geração são mais recentes e produzem menos efeitos colaterais motores. Entretanto, alguns antipsicóticos atípicos possuem efeitos colaterais metabólicos importantes.

- Alguns antipsicóticos de primeira geração: haloperidol, flufenazina, pimozida, trifluoperazina, clorpromazina, levomepromazina.
- Alguns antipsicóticos de segunda geração: clozapina, risperidona, olanzapina, quetiapina, aripiprazol (CORDIOLI, 2005).



#### *Palavra do profissional*

Os mecanismos de ação dos antipsicóticos associam-se principalmente ao bloqueio de receptores D2 em diversas vias dopaminérgicas. Os efeitos propriamente antipsicóticos relacionam-se ao bloqueio D2 dopaminérgico nas vias mesolímbicas. Os antipsicóticos atípicos apresentam maior afinidade por receptores D2 desta via, enquanto os antipsicóticos típicos são menos seletivos, bloqueando também receptores D2 das vias nigroestriatais, relacionadas ao sistema extrapiramidal, que controla os movimentos involuntários. Por isso, os antipsicóticos típicos apresentam mais efeitos motores.

---

## Indicações

Os antipsicóticos são indicados na esquizofrenia, nos transtornos delirantes, em episódios agudos de mania com sintomas psicóticos ou agitação, no transtorno bipolar do humor, na depressão psicótica em associação com antidepressivos, em episódios psicóticos breves, em psicoses induzidas por drogas, psicoses cerebrais orgânicas, controle da agitação e da agressividade em pacientes com retardo mental ou demência, transtorno de Tourette (CORDIOLI, 2005).

## Contraindicações

Deve-se evitar o uso de antipsicóticos quando há hipersensibilidade à droga, discrasias sanguíneas, em estados comatosos ou depressão acentuada do SNC, nos transtornos convulsivos, ou quando o paciente apresenta doença cardiovascular grave. Além disso, deve-se evitar os tipos típicos em pacientes idosos por causarem problemas cardiocirculatórios e cognitivos (CORDIOLI, 2005).

## Efeitos colaterais

Nos antipsicóticos típicos, destacam-se os efeitos colaterais motores, como:

- **Acatisia** – é a sensação subjetiva de inquietude motora, ansiedade, incapacidade para relaxar, dificuldade de permanecer imóvel e a necessidade de alternar entre estar sentado ou de pé.
- **Distonias agudas** – são contraturas musculares ou movimentos estereotipados de grupos musculares que surgem minutos ou horas depois do início do uso de um antipsicótico.
- **Discinesia tardia** – são movimentos estereotipados de grupos musculares, periorais, da língua, da cabeça, do tronco ou dos membros, que surgem geralmente depois do uso crônico de altas doses dos antipsicóticos.
- **Parkinsonismo** - é a diminuição dos movimentos dos braços, da expressão e mímica faciais, marcha em bloco (semelhante ao andar de um robô), rigidez, tremor de extremidades e da língua, hipersalivação, bradicinesia (movimentos lentos), acinesia (diminuição da espontaneidade dos movimentos) (CORDIOLI, 2005).

Os antipsicóticos ainda apresentam mais diversos efeitos colaterais, como: aumento e dor nos seios, galactorreia, amenorreia, redução da lubrificação vaginal, desencadeamento de diabete, hipotensão ortostática, taquicardia, sedação, sonolência, tonturas, ganho de peso, hipersalivação, boca seca,

visão borrada, constipação intestinal, e disfunções sexuais diversas (ejaculação retrógrada, diminuição do volume ejaculatório, ejaculação dolorosa, diminuição da libido, disfunção erétil, anorgasmia e orgasmo retardado) (CORDIOLI, 2005).

## 2.6.4 Estabilizadores do humor

São representados pelo Lítio e pelas seguintes substâncias anticonvulsivantes (CORDIOLI, 2005):

- carbamazepina;
- ácido valpróico/valproato;
- lamotrigina;
- topiramato;
- gabapentina.

### Indicações

- **Lítio** – usado no tratamento e na profilaxia de episódios agudos do transtorno do humor bipolar, na ciclotimia, como potencializador dos antidepressivos em pacientes com depressão unipolar, que respondem parcialmente ou não respondem aos antidepressivos, em episódios de agressividade e de descontrole do comportamento.
- **Anticonvulsivantes** – efetivos em epilepsia do lobo temporal, são também considerados para pessoas que não respondem satisfatoriamente ao lítio (como os cicladores rápidos) ou que não toleram o lítio; no controle de sintomas maníacos; casos com alterações no EEG; e antecedentes de trauma craniano (CORDIOLI, 2005).

### Contraindicações

O lítio deve ser evitado nos usuários considerados como cicladores rápidos (quatro ou mais episódios por ano); em pessoas com insuficiência renal, disfunção do nódulo sinusal, arritmias ventriculares graves, com insuficiência cardíaca congestiva, pessoas que apresentam vários episódios de mania, depressão seguida de mania, mania grave, mania secundária, adolescentes com abuso de drogas e em comorbidades, como hipotireoidismo, assim como na gravidez (CORDIOLI, 2005).



Dos anticonvulsivantes, o ácido valproico deve ser evitado em pessoas com insuficiência hepática, hepatite, hipersensibilidade à droga e durante a gravidez. Já a carbamazepina é contraindicada em usuários com doença hepática, trombocitopenia ou em uso de clozapina, pois pode agravar problemas hematológicos (CORDIOLI, 2005).

### Efeitos colaterais

Os efeitos colaterais mais comuns do lítio são: acne, aumento do apetite, edema, fezes amolecidas, ganho de peso, gosto metálico, leucocitose, náuseas, polidipsia, poliúria, tremores finos. Além disso, o lítio tem uma faixa de níveis séricos terapêuticos bastante estreita, podendo facilmente atingir níveis tóxicos (vômitos, dor abdominal, ataxia, tonturas, tremores grosseiros, disartria, nistagmo, letargia, fraqueza muscular, que podem evoluir para o estupor, coma, queda acentuada de pressão, parada do funcionamento renal e morte) (CORDIOLI, 2005).

O ácido valproico apresenta efeitos como: ataxia, aumento do apetite, ganho de peso, desatenção, fadiga, náuseas, sonolência, sedação, diminuição dos reflexos, tremores, tonturas. Já os efeitos colaterais mais comuns da carbamazepina são: ataxia, diplopia, dor epigástrica, toxicidade hepática, náuseas, prurido, rash cutâneo, sedação, sonolência, tonturas (CORDIOLI, 2005).

## 2.7 O cuidado em situação de crise, urgência e emergência

O tema das urgências e da crise em saúde mental tem um lugar crucial no processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Por ser um momento decisivo, pelo risco de desencadear uma espécie de “carreira psiquiátrica” na vida do usuário, a situação de crise exige dos profissionais e demais pessoas envolvidas a efetivação de formas de cuidado que preservem os mesmos princípios que orientam os dispositivos da atenção psicossocial.

De maneira geral, em situações como essas, costuma-se recorrer a alguma modalidade de contenção, mecânica ou química, como primeira escolha, principalmente quando o momento de crise é marcado por agitação, delírios, alucinações ou manifestações mais exuberantes. Da mesma forma, ainda é prática corrente o recurso à internação psiquiátrica como forma de atender à crise, o que acaba justificando a manutenção da internação como principal dispositivo de cuidado, particularmente nas cidades onde não existem outros recursos de atendimento. Isso contribui

para o adiamento da organização de uma rede substitutiva capaz de acolher a crise com estratégias diferenciadas e não segregadoras. O hospital psiquiátrico parece, dessa forma, sustentar uma função de garantia contra a crise diante da incapacidade de se lidar com ela.

Subjacente a esses procedimentos, encontramos a compreensão da crise como a demonstração inequívoca de uma *doença mental*, cujos sintomas precisam ser controlados a qualquer custo.

Entretanto, nem toda situação de crise exige esse tipo de intervenção, e a internação não pode configurar-se, portanto, como primeira e única escolha. É preciso avaliar uma série de elementos e buscar compreender o papel que cada um deles tem na situação, já que ela, a internação, pode ser indicada mais para atender às necessidades e angústias dos outros (incluindo a própria equipe de profissionais) do que as do próprio usuário em situação de crise.

Assim, neste tópico vamos procurar demonstrar que existe a possibilidade de atender o sujeito em situação de crise a partir de uma compreensão adequada dos princípios da Reforma Psiquiátrica e em consonância com a Política Nacional de Saúde Mental.

## 2.7.1 Conceitos básicos

Inicialmente, seria importante procurar definir o que se entende por uma situação de urgência, de emergência e crise no campo da saúde mental.

O termo **urgência**, segundo o dicionário da língua portuguesa (HOLANDA, 1975) refere-se a: urgir; estar iminente; perseguir de perto; tornar imediatamente necessário; exigir; não permitir demora. No campo médico é definido como uma ocorrência de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita assistência imediata. Seu aparecimento ou agravamento é rápido, mas não necessariamente imprevisto e súbito.

Diferencia-se das situações de emergência porque esta se configura como constatação médica de agravo à saúde que implique em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo tratamento imediato, com surgimento imprevisto e súbito.

---

Assim, as diferenças entre situações de urgência e de emergência dizem respeito ao modo como surgem (de maneira previsível ou imprevisível) e à iminência do risco de morte. Em comum, dividem o fato de exigirem atenção ou cuidado imediato. Portanto, o tempo é uma dimensão primordial para podermos intervir de modo eficiente nessas situações. Desse modo, as situações de crise em saúde mental configuram-se primariamente como uma condição de urgência, e não necessariamente de emergência. Mesmo naquelas situações em que o risco de morte é significativo, como nas tentativas de suicídio, por exemplo, o que vai configurar esse momento como uma emergência é a necessidade de atenção ao quadro clínico, e não ao estado mental ou emocional.

---

Nesse sentido, outra distinção é necessária: a urgência em saúde mental é diferente de uma urgência médica ou clínica. Nesta, o profissional responsável pelo atendimento deve saber de antemão operar uma série ou sequência de procedimentos e protocolos, utilizar equipamentos e técnicas de modo eficaz, valer-se de um saber-fazer para poder reverter os riscos ou prejuízos que possam ocorrer. A urgência em saúde mental, por outro lado, é composta por elementos bem menos previsíveis e por uma grande complexidade de fatores que tornam os procedimentos padronizados pouco úteis. Isso pode ser explicitado ao considerarmos a noção de crise.

Inicialmente é importante relembrar que o termo crise está associado a situações de mudança que promovem algum tipo de desequilíbrio, de desestabilização, e que por isso exigem novas ordenações uma vez que a organização anterior encontra-se ultrapassada.



### *Palavra do profissional*

Neste sentido, a crise representa uma possibilidade de crescimento ou amadurecimento. Na nossa vida pessoal e cotidiana, passamos por diversas situações como essas: as crises do desenvolvimento (da infância para a adolescência e dela para a idade adulta); as crises conjugais que podem levar a uma separação ou a outra organização do casamento; as crises profissionais quando nos perguntamos se queremos de fato prosseguir naquela atividade; as crises existenciais que nos colocam diante da necessidade de reconstruir o sentido da vida. A solução de tais crises vai depender de inúmeros elementos e podem ser satisfatórias ou não. Portanto, a crise é o conjunto de elementos que levam à urgência.

---

Entretanto, quando se trata de crises que envolvem pessoas que têm algum tipo de transtorno mental ou com história de psiquiatria, ou seja, de estabelecimento de respostas padronizadas pelo saber psiquiátrico tradicional, esses elementos parecem não ser levados em conta. Ao contrário, o que sobressai é a ideia de risco que normalmente se associa a essa situação e que impõe a necessidade de retirar o sujeito dela a qualquer custo, pela perspectiva exclusiva da crise como algo negativo.

De maneira geral, diante de uma crise é comum não considerar o contexto em que ela ocorre, seus desencadeantes, assim como procurar compará-la com a conduta normal, aquela que a pessoa costumava ter, ou que se esperava que ela tivesse. Assim, a crise fica subordinada a uma compreensão que reafirma o já sabido sobre a suposta doença que o sujeito carrega ou uma espécie de agudização da sintomatologia psiquiátrica. Perde-se a dimensão da singularidade e do significado da crise para o sujeito.

Sendo assim, podemos apontar um primeiro indicador sobre a atenção e o cuidado com a crise: ela é produzida por fatores que nem sempre estão presentes de imediato, e que exigem alguma consideração. Não podem, por isso, ser naturalizados como se fossem inerentes à doença ou apenas uma indicação da sua gravidade. Tais fatores nem sempre se manifestam claramente; eles podem ser diversificados e se encontrarem em diferentes intensidades.

De acordo com Dell'Acqua e Mezzina (1991), uma urgência psiquiátrica pode ser definida segundo os seguintes critérios, considerando a presença de pelo menos três deles:

- sintomatologia psiquiátrica grave ou aguda;
- grave ruptura das relações familiares ou sociais;
- recusa de tratamento ou estigma, mas aceitação do contato;
- recusa obstinada de contato com equipes de tratamento psiquiátrico;
- situação de alarme e risco no contexto familiar ou social, traduzindo-se em incapacidade de se defrontar com a crise.

Os autores supracitados alertam também para o fato de que qualquer definição de crise deve levar em conta (1) a organização dos dispositivos de atendimento existentes em determinado lugar e (2) o momento histórico particular. É com base nessas duas dimensões que os problemas emocionais, psicológicos, relacionais e sociais, enfim, os acontecimentos da vida, podem ser considerados uma crise.

As situações de urgência caracterizam-se por uma invalidação dos saberes e dos esquemas de solução pré-estabelecidos, tornando-se necessário “inventar” os caminhos. Essas são situações em que ninguém sabe o que fazer exatamente. Por isso, uma urgência será considerada como tal, dependendo das concepções das pessoas envolvidas nela e dos dispositivos para seu acolhimento.

---

Saraceno, Asioli e Tognoni (1997) procuram relacionar os diferentes elementos que vão configurar as situações de urgência em saúde mental e que precisam ser considerados na organização do atendimento e do cuidado continuado ao sujeito em crise.

Esse autor considera que uma situação de urgência é marcada pelo somatório de muitos problemas e também de muitas pessoas que estão envolvidas. Em geral, tais situações revelam as dificuldades entre elas. Uma conduta necessária é a mediação de tais conflitos, via de regra, emocionalmente intensos, para produzir um acordo mínimo. Para tanto, é preciso definir claramente:

- os problemas vivenciados (sintomatologia apresentada, conflitos interpessoais, problemas sociais etc.);
- os papéis desempenhados na produção da situação;
- os diferentes pedidos e as demandas que surgem; e
- as ações a serem desempenhadas.

As tarefas da equipe profissional são organizadas segundo uma estrutura básica, que consiste (SARACENO; ASIOLI; TOGNONI, 1997):

- na coleta das informações junto à própria pessoa em crise, aos familiares, vizinhos ou quem quer que esteja acompanhando a situação;
- em produzir uma avaliação do caso e do entrelaçamento dos problemas apresentados;
- em estabelecer um diagnóstico situacional a partir dessas informações;
- em avaliar os recursos existentes, tanto os da equipe ou serviço quanto da rede social e familiar; e
- em estabelecer as ações com base nesses critérios.

Saraceno, Asioli e Tognoni (1997) também aponta para os diferentes aspectos que os profissionais devem considerar diante da urgência. Veja a seguir quais são eles.

a) **Com relação ao usuário**

- Avaliação clínica: existe ou não problema clínico? Esse aspecto é importante uma vez que nas urgências com sintomatologia psiquiátrica há uma tendência a negligenciar os aspectos clínicos que podem figurar como causa desencadeante ou como efeito da crise (noites sem dormir, alimentação precária ou inexistente, desidratação etc.).
- O uso de psicofármacos é necessário ou eficiente? A quem se destina a medicação: ao usuário, à família ou ao próprio profissional?
- Qual a posição do usuário diante da intervenção? Ele está de acordo ou solicita ajuda? Ou está completamente contrariado com ela? Ou, ainda, é apático em relação aos esforços empreendidos para ajudá-lo?
- Existem riscos ou alguma periculosidade para o usuário? É necessário tomar medidas que o protejam?
- O ambiente em que ele está ou vive é adequado? Existem riscos provenientes desse ambiente?

b) **Com relação à família**

- Existe família? Qual a posição dela em relação aos eventos?
- A família é presente, ausente ou demasiado presente?
- A família é disponível para atuar nos cuidados ou ela é intolerante? Qual sua capacidade de participação?
- É a família que comunica e deseja? O que comunicam e o que desejam?
- Existem outras pessoas, dentro ou fora da família, que assumem algum papel na situação?

c) **Com relação à equipe técnica**

- Há compreensão por parte da equipe acerca da tarefa a ser desempenhada?
- Os integrantes da equipe conseguem ajudar-se mutuamente a manejar e a controlar a situação?

- Existe disposição entre os membros para isso?
- Existem membros tecnicamente capazes para a intervenção?

No quadro apresentado a seguir (SARACENO; ASIOLI; TOGNONI, 1997), apresentamos algumas atitudes básicas que o profissional pode assumir diante de uma situação de urgência. Nunca é demais lembrar, no entanto, que não se trata de indicações precisas e inflexíveis, já que o imprevisível faz parte das situações de urgência. Entretanto, fornecemos algumas sugestões para o cuidado adequado e devem ser eleitas a partir da consideração dos elementos apontados anteriormente.

Quadro 5: Atitudes básicas dos profissionais diante de situações de urgência.

IDENTIFICAÇÃO	ATITUDE BÁSICA	EVITAR
<p><b>Agitação delirante:</b>            Agitação e ansiedade graves.            Delírios e/ou alucinações, principalmente auditivas.            Estado de alerta e inquietude, com medo pela experiência delirante.</p>	<p>Compreender ou aceitar a experiência particular.            Atitude afetiva: calma, escutar, fazer perguntas para entender o que está vivenciando o usuário.            Uso de medicação antipsicótica.</p>	<p>Estar demasiadamente envolvido ou demasiadamente alheio, rejeitando a experiência do usuário.</p>
<p><b>Agitação maníaca:</b>            Agitação e humor eufóricos.            Usuário fala continuamente e não escuta e faz projetos impossíveis, propõe negócios absurdos.            Está insone.</p>	<p>Respeitar e permitir o desenvolvimento da crise.            Cuidado do usuário: protegê-lo de si mesmo em razão da perda do autocontrole; atitude diretiva.            Medicação: preferível benzodiazepinas.</p>	<p>Cansar-se ou irritar-se com o usuário que escuta pouco e rejeita tudo o que escuta.</p>
<p><b>Agitação no usuário não psicótico:</b>            Agitação e atitude ameaçadora contra os familiares, vizinhos, equipe de atendimento; tentativa de impor sua atitude agressiva; apresenta sintomas de maneira teatral.</p>	<p>Atitude de firmeza, impondo uma análise da realidade.            Medicação: podem ser úteis as benzodiazepinas.</p>	<p>Não transformar a atitude firme em atitude repressiva ou polícialasca.</p>

IDENTIFICAÇÃO	ATITUDE BÁSICA	EVITAR
<p><b>Depressão:</b> Humor muito deprimido. Usuário chora, sente culpa ou indignação. Não consegue realizar atividades diárias. Desejo de morte.</p>	<p>Escutar, evitando estimular a atividade para não aumentar a culpa. Envolver a pessoa em um projeto composto por pequenas tarefas realizáveis. Antidepressivos não têm ação nos quadros agudos. Risco de suicídio: deve ser abordado abertamente, elaborando intervenções que reduzam a possibilidade de ocorrência. Vigilância pela família. Hospitalização.</p>	<p>Sentir-se enfastiado pelo usuário e adotar uma postura muito diretiva. Medo do suicídio faz enfatizar a vigilância e não a atenção psicológica.</p>
<p><b>Bloqueio psicomotor catatônico:</b> Usuário não fala, mantém o olhar fixo, corpo rígido. Parece ausente e não compreende o que se passa ao redor.</p>	<p>Alto nível de afetividade (atitude materna). Falar pouco, sem fazer perguntas; presença permanente, com contato físico carinhoso. Psicofármacos têm pouca ou nenhuma ação.</p>	<p>Sentimento de angústia e incapacidade de expressar afetividade.</p>

Fonte: Saraceno, Asioli e Tognoni (1997, p. 59-63).

A atenção e o cuidado nas situações de crise exigem dos profissionais encarregados dela um montante considerável de empenho, sobretudo para que a experiência da crise possa tornar-se produtiva.

Neste tópico, procuramos apontar os principais elementos constituintes da crise que necessitam ser observados para que a intervenção não seja balizada unicamente pela pressa e pela angústia dos envolvidos.

## 2.8 Grupos terapêuticos

O trabalho com grupos no campo da saúde há muito tempo é reconhecido como um recurso privilegiado e particularmente apropriado para os objetivos da Rede de Saúde Pública. Entretanto, trabalhar com grupos sempre constitui uma tarefa desafiadora para os profissionais, seja porque as formações tradicionais em saúde não consideraram suficientemente esse instrumento, seja pelo fato de a cultura ocidental privilegiar o indivíduo e o tratamento individual.



A formação e o trabalho com grupos, em qualquer área, exige uma atenção especial às suas especificidades, não devendo ser utilizados como uma maneira de resolver o problema quantitativo da expressiva demanda da população que procura os centros de saúde. Utilizar o grupo como forma de resolver esse problema acaba acarretando outros, como o prejuízo para a qualidade do atendimento prestado, por exemplo.

---

Sendo assim, é preciso avaliar inicialmente se o usuário a quem indicamos a participação em um grupo, de fato, pode beneficiar-se dele ou se seria preferível outra forma de atendimento.

De início, convém fazer algumas observações sobre os grupos de maneira geral para, em seguida, tecermos algumas considerações sobre os grupos terapêuticos propriamente.

É facilmente demonstrável que o ser humano é naturalmente gregário e que, desde o início de sua vida, depende dos cuidados de outros seres humanos para que possa sobreviver. A partir de então, passaremos toda a nossa vida relacionando-nos com outras pessoas, em diferentes condições e tipos de grupos, e em uma busca constante por diferenciação e semelhança (identificação) com os outros. Desde a partir do grupo familiar primordial da infância, na escola, na vizinhança e na comunidade onde se vive, até aos grupos de trabalho, nossa vida se constitui através dessas relações, tornando-se um verdadeiro mito a ideia de uma vida completamente independente dos outros. Podemos afirmar a partir daí que não existem limites precisos entre o indivíduo e o social ou a coletividade, mas, antes, que essas dimensões se interpenetram e complementam entre si.

Neste sentido, segundo Zimerman (1997, p. 27):

(...) é legítimo afirmar que todo indivíduo é um grupo (na medida em que, no seu mundo interno, um grupo de personagens introjetados, como os pais, irmãos, etc., convive e interage entre si), da mesma maneira como todo grupo pode comportar-se como uma individualidade (inclusive podendo adquirir a uniformidade de uma caracterologia específica e típica...) (grifos do autor).

Importante assinalar que o fato de os membros de um grupo apresentarem respostas ou condutas semelhantes não significa que um grupo seja uma unidade. A uniformidade do comportamento grupal deve-se mais a um efeito da teoria grupal no observador ou terapeuta de grupo do que propriamente uma realidade. Isso significa dizer também que não existe uma essência de grupo que possa ser abstraída do contexto em que ele se insere. Cada grupo deve ser compreendido a partir de suas características,

seus objetivos, suas formas de organização, seus modos de comunicação e que produzem em seus integrantes uma fantasia sobre o grupo e o estar no grupo (BEZERRA JR, 1994).

Sendo assim, podemos dizer que existe uma grande diversidade de grupos, assim como de teorias sobre eles e o seu funcionamento. Por sua vez, essas teorias sustentam diferentes formas de trabalhar e intervir com/nos grupos.

Apesar dessa diversidade, existe certa concordância em relação ao que se pode considerar como um grupo: não basta que seja uma *reunião de pessoas no mesmo espaço e tempo*, nem mesmo com *objetivos em comum*. Isto constitui apenas um agrupamento. Além desses elementos, é imprescindível que haja *relação e interação* entre essas pessoas para que haja um grupo.

A partir dessa conceituação, podemos ainda distinguir os grupos segundo um critério amplo, como o apontado por Grinberg, Langer e Rodrigue (1976): os grupos sociais e os grupos terapêuticos. A diferença entre eles encontra-se nos objetivos, sendo que o grupo terapêutico está voltado para a efetivação de um tratamento, e na presença de um ou mais profissionais que dirigem esse tratamento, ou seja, o(s) terapeuta(s). Nosso interesse recai sobre estes.

No campo da saúde mental, a utilização do dispositivo grupal de caráter terapêutico apresenta várias possibilidades e indicações, sendo as mais notáveis (VILLARES apud CUNHA; SANTOS, 2009):

- a inclusão do paciente em um espaço onde podem ser criados relacionamentos sociais significativos;
- a reconstrução de laços afetivos, papéis sociais e códigos de convívio social;
- a diminuição do isolamento e a experimentação de novas maneiras de contato interpessoal;
- a ampliação do repertório de atividades expressivas, sociais, culturais, por meio do compartilhamento de projetos e da própria execução de atividades grupais; e
- a reconstrução de narrativas que ressignifiquem a própria história.

Em relação à constituição e ao funcionamento dos grupos terapêuticos, alguns aspectos devem ser observados para que os seus objetivos possam ser alcançados. Neste sentido, destacam-se:

- a) **a função de coordenação**, que se trata principalmente de uma função de facilitação do processo grupal, de intermediar o desenvolvimento da tarefa de maneira adequada e sem se tornar o centro ou o foco das

atenções. Tem também a função de observador dos acontecimentos no grupo e, ao mesmo tempo, a de promover a compreensão desses acontecimentos. Deve-se avaliar constantemente as necessidades dos integrantes do grupo, empregando técnicas e estratégias necessárias para seu funcionamento. Para que essa função possa ser adequadamente desempenhada, requerem-se alguns atributos pessoais: conhecimento dos processos grupais (domínio teórico e prático); senso ético (cuidado e sigilo com o que se diz e faz no grupo); respeito pelos processos individuais e características de cada integrante; proporcionar continência às angústias dos participantes e às suas; capacidade de comunicar-se com os demais de modo apropriado; conhecer suficientemente a si próprio, seus valores e “pontos-cegos”; colocar-se suficientemente próximo para compreender as experiências relatadas, mas não tanto que chegue ao ponto de confundir-se com elas (dissociação instrumental) (BLEGER, 1989); capacidade de produzir síntese e integração dos diferentes conteúdos que aparecem no grupo (ZIMERMAN, 1997);

- b) **a estrutura do grupo**, o qual pode ser organizado de diferentes formas, o que lhe imprime também diferentes modos de funcionamento. Inicialmente, em relação à sua constituição, podem ser heterogêneos (constituídos por pessoas com diferentes diagnósticos e/ou demandas), intermediários (combinação de características dos integrantes) e homogêneos (reunidos segundo seus diagnósticos ou outro critério geral) (ZIMERMAN, 1997).
- c) **a dinâmica de funcionamento**, por meio da qual fica estabelecido: se os grupos serão abertos, admitindo a entrada de novos integrantes a qualquer momento ou sempre que aconteça a desistência de algum participante; ou fechados, quando não há novos ingressos mesmo que haja desistência. A escolha por uma das formas também resulta em modos de funcionamento diferenciados, sendo que, nos grupos fechados, costuma ocorrer um incremento da confiança entre os participantes, promovendo um aprofundamento maior das questões trazidas aos encontros (ZIMERMAN, 1997).

Os grupos terapêuticos são, portanto, importantes instrumentos de trabalho no campo da saúde e da saúde mental. Seu emprego adequado depende de critérios técnicos e teóricos que devem ser observados pelo profissional para evitar seu uso indiscriminado. Neste tópico, procuramos relacionar alguns desses critérios e as possibilidades de funcionamento desse dispositivo de atendimento.

A seguir, veremos outra modalidade de trabalho com grupos.

## 2.9 Oficinas terapêuticas

O uso de atividades de trabalho ou de produção não constitui uma novidade no campo da saúde mental. Desde as concepções próprias do “tratamento moral” nos grandes hospícios já se propunha a ocupação do louco com atividades laborativas na busca de torná-lo menos sujeito aos prejuízos causados pelo ócio. Facilmente se percebe o caráter moral de tal proposta.

Ainda hoje, em serviços de saúde mental substitutivos, essa lógica do senso-comum de atribuir ao trabalho qualidades terapêuticas inerentes permanece presente. O dito popular “mente parada, oficina do diabo” reflete claramente essa perspectiva. Da mesma maneira, o risco de tomar as oficinas como forma de entreter os usuários, isto é, de dar-lhes algo para fazer como forma de passar o tempo ou de retirá-los do imobilismo próprio de algumas condições características dos transtornos mentais não pode ser ignorado, mas deve ser problematizado permanentemente.

Entretanto, o que se pretende agora é poder dar novos sentidos e buscar outros efeitos com essas práticas a partir dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, como recurso para desinstitucionalizar os trabalhadores, usuários e familiares desses valores que (per)seguem um desejo meramente adaptativo e normativo.

Como apontado exemplarmente na Linha-guia de Saúde Mental produzida pelos técnicos da Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais:

(...) De qualquer modo, ao invés de compreender as oficinas como um “procedimento”, trata-se do desafio de invenção de complexas redes de negociação e de oportunidades, de novas formas de sociabilidade, de acesso e exercício de direitos: lugares de diálogos e de produção de valores que confrontem os pré-conceitos de incapacidade, de invalidação e de anulação da experiência da loucura. Em outras palavras, não devemos usar as oficinas como uma resposta pré-formada, e sim produzi-las como recurso nos processos de singularização, de produção de emancipação e de construção de cidadania na vida social dos portadores de sofrimento mental (MINAS GERAIS, 2006, p. 72).

Uma das formas privilegiadas de trabalho no campo da Saúde Mental e da Reforma Psiquiátrica tem sido o uso de oficinas terapêuticas. O Ministério da Saúde define e apresenta os objetivos das oficinas terapêuticas como “[...] atividades grupais de socialização, expressão e inserção social” (BRASIL, 2004b, p. 240). Entretanto, o que a prática revela é que essa definição ampla pode ser aplicada a uma grande variedade de atividades, dificultando uma compreensão mais precisa desse instrumento.

Segundo Delgado, Leal e Venâncio (1997), o tipo de atividade desenvolvida nesses espaços não é fundamental para definir uma oficina, principalmente porque a atividade em si pode ser bastante variada.



### *Palavra do profissional*

Dessa forma, o que transformaria a atividade em uma oficina seria o modo como se trabalha, utilizando-se da atividade como um meio para um fim e não como um fim em si mesma, ou seja, uma oficina não se constitui apenas para produzir algo (uma pintura, objetos de cerâmica ou artesanato, por exemplo). E sim para que essa produção possa ser a base sobre a qual se assentam elaborações e mediações que permitam a interação entre os participantes, a integração com os demais e consigo mesmo e a reinserção social. Mesmo naquelas oficinas chamadas também de “produtivas”, ou seja, que procuram produzir para comercializar algo, esse objetivo não é único e nem isolado daquilo que poderíamos chamar genericamente de “terapêuticos”.

Os mesmos autores procuram diferenciar ainda os tipos de oficina encontrados nos serviços substitutivos de saúde mental:

- Espaço de criação: são aquelas oficinas que possuem como principal característica a utilização da criação artística como atividade e como um espaço que propicia a experimentação constante.
- Espaço de atividades manuais: são aquelas que utilizam o espaço para a realização de atividades manuais, onde seria necessário um determinado grau de habilidade e onde são construídos produtos úteis à sociedade. O produto dessas oficinas é utilizado como objeto de troca material;
- Espaço de promoção de interação: “aquelas que têm como objetivo a promoção de interação de convivência entre os usuários, os trabalhadores, os familiares e a sociedade como um todo” (VALLADARES et al., 2003, p. 5).

Desse modo, as oficinas terapêuticas na saúde mental como dispositivos estratégicos para o trabalho de desinstitucionalização passam a ser compreendidas como uma técnica com finalidade e propósito definidos. As ações desenvolvidas têm a finalidade da inclusão e de proporcionar atividades heterogêneas, levando em conta as singularidades, isto é, os

modos próprios de constituição subjetiva. Isso implica em considerar a escolha das estratégias terapêuticas a partir do contexto familiar, social e cultural do usuário, ou seja, a atividade deve fornecer a possibilidade de ancoragem ao desejo do sujeito e não uma imposição institucional que não lhe faça sentido.

Daí a importância da diversificação das atividades e do uso de diferentes linguagens, como as plásticas, a música, a literatura, o teatro etc., a fim de encontrar o modo como o usuário possa melhor se estruturar nelas, pois cada linguagem artística traz consigo possibilidades de significação do mundo e de expressão da experiência singular.

Isso traz consigo uma valorização da equipe interdisciplinar para o processo de trabalho. Não apenas em razão das necessidades de domínio técnico das atividades propostas, mas também porque elas fornecem a descentralização da perspectiva biologicista e psicologicista na abordagem do usuário e na elaboração do seu projeto terapêutico, ampliando-o como consequência.

A atividade deve também enfatizar a autonomia, o processo criativo e o imaginário do usuário, fornecendo possibilidades para sua constituição como sujeito para além do diagnóstico psiquiátrico (despsiquiatrização) ao valorizar suas capacidades e potencialidades produtivas. O espaço das oficinas terapêuticas permite uma relação não mediada pelo diagnóstico e pela lógica da doença, promovendo os aspectos mais saudáveis do sujeito. A valorização da originalidade e da expressividade permite transformar a experiência solitária da diferença em algo possível de suportar, pois se torna viável transformá-la em linguagem que atinge o outro, que pode comunicar algo para alguém de modo compreensível e sem provocar rejeição por isso. Somente respeitando esses aspectos é possível a expressão e a elaboração de sentimentos, emoções e vivências singulares, configurando um processo terapêutico efetivo.

Vimos neste tópico como as oficinas terapêuticas podem se tornar instrumentos importantes para o trabalho em saúde mental. A seguir, vamos abordar outra estratégia capaz de potencializar os esforços pela inserção social de pessoas que vivem com desvantagens propiciadas pelo sofrimento mental, as oficinas de geração de trabalho e renda.

## 2.10 Oficinas de geração de trabalho e renda e cooperativas sociais

De maneira semelhante às oficinas terapêuticas, a noção de trabalho como recurso terapêutico não é nova. Inserido no imaginário das sociedades capitalistas como modo de inserção no mundo, o trabalho nessas mesmas condições mostra facilmente seu caráter adoeecedor como causa ou desencadeante de uma série de problemas de saúde, inclusive dos transtornos mentais. Isso significa que o trabalho não detém, em si, qualidades terapêuticas que lhe seriam inerentes.

Por outro lado, na história das políticas públicas brasileiras, a educação pelo trabalho sempre ocupou a função de ordenamento das classes sociais empobrecidas, tradicionalmente vistas como culpadas por sua própria condição por não se adequarem suficientemente ao esforço necessário para mudar de vida. Ora tida como incapacidade, ora como preguiça, essa falta de qualidades morais dos mais pobres se procurava combater também com estratégias de correção moral que têm no trabalho seu mais forte recurso.

No campo psiquiátrico, essas ideias também se faziam (e ainda se fazem) presentes. Desde Pinel, no fim do século XVIII, os alienistas propunham formas de tratamento que se apoiavam na correção moral através do trabalho e das produções culturais (BORGES, 2009).

A psiquiatria brasileira também comungou dessas concepções. Veja-se, por exemplo, a posição de um dos ilustres fundadores da psiquiatria no Brasil, Franco da Rocha (apud BORGES, 2009, p. 49-50).

Não se deve, entretanto, olhar somente o valor da produção, que é grande, mas também o lado moral da questão. O insano que trabalha e vê o resultado de seu suor, sente-se mais digno; sai da condição ínfima de criatura inútil e eleva-se a seus próprios olhos; adapta-se ao modus vivendi que lhe suaviza grandemente a desgraça.

Para que as experiências de geração de trabalho e renda atuais não se mantenham reproduzindo os antigos paradigmas, que inspiraram a psiquiatria tradicional a criar a laborterapia como recurso de tratamento, é necessário fundamentar essas iniciativas a partir de outros pressupostos. Mais uma vez, o que nos guia aqui são os princípios da desinstitucionalização, da reinserção social e da promoção de cidadania, tão caros ao processo de Reforma Psiquiátrica.

O Ministério da Saúde do Brasil propõe a criação e o fortalecimento dos Programas de Inclusão Social pelo Trabalho, cuja principal finalidade seria a contribuição para o exercício de cidadania pela reabilitação social e econômica através da geração de renda, cooperativa de trabalho, empresa social, associações de usuários e familiares, entre outros (BRASIL, 2005c).

Segundo o mesmo documento, os Programas de Inclusão Social pelo Trabalho devem promover:

- inclusão social;
- acesso ao trabalho e à renda sob a égide dos direitos humanos;
- incremento da autonomia e da emancipação do usuário;
- desenvolvimento da cooperação e da solidariedade;
- fortalecimento do coletivo;
- incentivo à autogestão e à participação democrática;
- geração de alternativas concretas para melhora de vida;
- desenvolvimento local;
- participação da comunidade;
- articulação em redes intersetoriais (saúde, trabalho, educação, assistência social, cultura);
- formação de redes de comercialização solidárias etc.

Como se pode perceber, as diretrizes propostas ampliam significativamente a concepção acerca da função do trabalho nos processos de reabilitação em saúde mental, afastando-se das prescrições morais apontadas anteriormente.

Nesse quadro amplo, as oficinas de geração de trabalho e renda e as cooperativas sociais são dispositivos importantes para a efetivação dessa política.

Por que, então, incluir os projetos de geração de trabalho e renda como recurso terapêutico no campo da saúde mental?

Saraceno (1999, p. 126) nos fornece indicações importantes para responder a essa pergunta:

O trabalho, entendido como “inserção laborativa”, pode, ao invés disso, promover um processo de articulação do campo dos interesses, das necessidades, dos desejos [...] Neste momento as cooperativas integradas são ao mesmo tempo serviços (de tratamento) e lugares de produção (no



mercado), e esses dois aspectos são mediados pela sua função formativa [...] lugares de promoção da autonomia bem como de proteção: funções que deveriam ser próprias de um bom serviço de saúde mental.

O que se aponta aqui é a possibilidade de o trabalho vir a ser tomado como um campo de investimentos do desejo, em que as oficinas funcionem como vetores que levam a novos territórios existenciais. Nisso reside a capacidade de somar, em um mesmo dispositivo, a função terapêutica (o “tratamento”) e a de produção, tornando-as indissociáveis.

Em busca de constituir a experiência dos projetos de geração de trabalho e renda dentro desses parâmetros, alguns cuidados devem ser observados na formação desses grupos de produção.

---

Inicialmente, deve-se considerar que há a necessidade de compreender esse esforço como um processo que exige cuidado e atenção para que suas diferentes etapas não sejam ignoradas, correndo assim o risco de apressar indevidamente os acontecimentos. É necessário ter claro que não se trata de um empreendimento comercial que obtenha o lucro como fim, ou a exploração da força de trabalho de uns pelos outros. Ou seja, o que preside a organização das iniciativas produtivas é o princípio cooperativo e solidário, que se opõe a lógica pura e simples do mercado e da competitividade.

---

Por si só, este aspecto já se mostra contrapondo a lógica da organização cotidiana que os trabalhadores estão acostumados a experimentar, tão marcada pelo individualismo e pelo consumismo desenfreado.

Portanto, os grupos de produção devem estar atentos ao ressurgimento desses aspectos que são facilmente reproduzidos e realizar esforços para que possam ser metabolizados no interior da própria experiência de trabalho cooperativo.

Outro aspecto importante nesse processo diz respeito à (re)adaptação das pessoas com grave sofrimento psíquico, algumas delas afastadas há muito tempo das atividades laborativas e ao ritmo que o trabalho costuma propor. Não se pode esperar que, de um dia para o outro, pessoas que passaram muitos anos sem trabalhar, internadas em hospitais psiquiátricos, fazendo uso de uma quantidade importante de psicofármacos e outras condições semelhantes, passem a integrar o processo produtivo como se estivessem retomando uma atividade recém-abandonada. Por isso, é necessário observar os ritmos particulares e as possibilidades de cada sujeito, tornando o grupo também um espaço de acolhimento dessas peculiaridades.

A organização desses grupos exige o desencadeamento de um processo de construção coletiva, em direção a uma autonomia dentro de suas possibilidades, mas marcada pela participação de todos. Precisa muitas vezes do apoio e do incentivo dos profissionais que, ao mesmo tempo, não podem tomar o lugar dos usuários na condução do processo. Isso significa que a gestão do trabalho deve ficar a cargo, tanto quanto possível, dos próprios usuários.

Ressalta-se também a importância da parceria com outros movimentos sociais como forma de politizar e ampliar a discussão sobre o mundo do trabalho, permitindo um deslocamento do nível do interesse imediato e pessoal para uma reflexão mais ampla sobre os direitos de todos.

Uma estratégia que vem sendo implementada com sucesso pelos ministérios da Saúde e do Trabalho diz respeito à aproximação das iniciativas de produção na saúde mental com a rede de Economia Solidária. Os princípios que impulsionam a Economia Solidária são homólogos aos da Reforma Psiquiátrica, uma vez que se trata de promover inclusão social em ambas.

Segundo Paul Singer (BRASIL, 2005c, p. 11),

(...) a economia solidária e o movimento antimanicomial nascem da mesma matriz – a luta contra a exclusão social e econômica. Uns são excluídos (e trancafiados) porque são loucos, outros porque são pobres. Há ricos, que enlouquecem porque empobreceram e há pobres, que enlouquecem porque ninguém os nota (o que é uma forma particularmente cruel de exclusão). A matriz comum de ambos é uma sociedade que fabrica pobres e loucos de modo casual e inconsciente.

Portanto, integrar-se às redes de trocas já existentes, como as propostas pela rede de economia solidária, mas também com outros programas e ações intersetoriais, é fundamental para o sucesso desses empreendimentos.

Outro modo possível de constituição dessas iniciativas são as Cooperativas Sociais, uma modalidade mais estruturada e formalizada do que as oficinas de geração de trabalho e renda e que estariam ligadas à inserção no mercado de trabalho.

Inspiradas pelo modelo da Reforma Italiana que deu grande visibilidade às cooperativas, a experiência brasileira ainda dá seus passos iniciais.

Do ponto de vista jurídico, a Lei das Cooperativas Sociais, Lei nº 9.867 (BRASIL, 1999), que dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, objetiva:

Art. 1º As Cooperativas Sociais, constituídas com a finalidade de inserir as pessoas em desvantagem no mercado econômico, por meio do trabalho, fundamentam-se no interesse geral da comunidade em promover a pessoa humana e a integração social dos cidadãos (BRASIL, 1999, p. 1).

São consideradas pessoas em desvantagem para efeitos da lei, os “deficientes psíquicos e mentais, as pessoas dependentes de acompanhamento psiquiátrico permanente, e os egressos de hospitais psiquiátricos; os deficientes psíquicos e mentais, os dependentes químicos, dentre outros” (BRASIL, 1999, p. 1).

A experiência italiana com as cooperativas demonstrou claramente a necessidade, no caso dos usuários com transtornos mentais e dos dependentes químicos, de construir com o mercado real, alternativas reais e concretas de inclusão dessas pessoas. Ao invés de aceitar passivamente a exclusão desses segmentos marginalizados, trata-se de construir alternativas de inclusão, de fato, no mercado de trabalho, através de programas permanentes e com o apoio de políticas públicas de promoção da igualdade para os diferentes.

## 2.11 Resumo da unidade

Percorremos nesta unidade conteúdos que compõem as estratégias da clínica da atenção psicossocial. Partimos do Território como espaço complexo para intervenção da equipe e apresentamos o Acolhimento como dimensão transversal do cuidado à saúde. Na medida em que a demanda se apresenta nos atendimentos, utilizamos a escuta, o vínculo e a corresponsabilização para firmarmos contratos terapêuticos.

Podemos ver que, para a efetivação da Rede de Atenção Psicossocial, necessitamos integração entre profissionais e serviços para garantir a integralidade. Assim, o matriciamento constitui-se um arranjo que viabiliza o apoio clínico pedagógico às equipes de Atenção Básica.

A atenção domiciliar e a atenção à família, apesar de serem práticas históricas e cotidianas, devem ser planejadas em equipe, mas é preciso estar atento para as eventualidades. A atenção domiciliar tem sido objeto de novas políticas a exemplo da política Melhor em Casa.

Abordamos os psicofármacos como complemento da clínica, e sua utilização deve ser monitorada e dialogada entre os envolvidos. Salientamos que a intervenção em crise deve ser dialogada contextualmente e devem ser pactuados os serviços que formam a rede de atenção à urgência e emergência para atender os casos de sofrimento psíquico intenso. Os

grupos, oficinas e cooperativas sociais de trabalho são instrumentos de inclusão social desde que a autonomia e a cidadania sejam finalidades possíveis de se alcançar.

## 2.12 Fechamento da unidade

Apresentamos aqui conteúdos que ampliam a clínica da atenção psicossocial. As abordagens apresentadas tiveram a finalidade de contribuir com a reflexão sobre a prática nos serviços pela equipe interdisciplinar e qualificar ainda mais as ações em saúde. Salientamos que a integralidade das linhas de cuidado que envolvem a atenção psicossocial dependem de profissionais críticos reflexivos, de gestores comprometidos com o avanço do SUS e com uma população que efetive o controle social através da cidadania, pois a clínica é política ao desenvolver a transformação social.

## 2.13 Recomendação de leitura complementar

SAÚDE Mental na Atenção Básica. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 24, mar./abr., 2007.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006. (Coleção Saúde Loucura n. 20).

## Encerramento do módulo

Finalizamos este módulo acerca das estratégias da Clínica da Atenção Psicossocial com uma apresentação teórico-prática sobre as estratégias da clínica da atenção psicossocial desde o Projeto Terapêutico Singular até as Cooperativas Sociais de Trabalho. Os conteúdos abordados são decorrentes do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, instituídos em Políticas Públicas de Saúde Mental. Lembramos que as diretrizes apontadas para relacionar a clínica e o cuidado com a Rede de Atenção devem ser refletidas, implementadas e elaboradas ao longo deste estudo e discutidas nos locais de trabalho. O desafio é ir além das apresentações neste módulo.

Por fim, despedimo-nos com o desejo de que você, aluno-trabalhador do campo da saúde mental e atenção psicossocial, seja um agente ativador de mudanças em sua prática cotidiana. Temos a expectativa de que você contribua com a efetivação do SUS, com a Reforma Psiquiátrica e com a qualidade de vida das pessoas em sofrimento psíquico e/ou com transtornos mentais.

# Referências

- ALMEIDA, O. P.; DRATCU, L.; LARANJEIRA, R. **Manual de psiquiatria clínica**. [S. l.]: Guanabara Kogan, 1996. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/38111561/Manual-de-Psiquiatria-Almeida-Laranjeira-Dratcu-Editora-Guanabara-Koogan>>. Acesso em: 30 ago. 2012.
- AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- ANDOLFI, M. **A terapia familiar**: um enfoque interacional. Campinas: Editorial Psy, 1996.
- ANDREOLI, S. B. et al. Utilização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 836-844, maio/jun. 2004.
- ARANHA E SILVA, A. L.; FONSECA, R. M. G. S. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 441-449, maio/jun. 2005.
- BALLESTER, D. A. P. O matriciamento em saúde mental: uma história em construção. In: SOARES, M. H.; BUENO, S. M. V. (Org.). **Saúde mental**: novas perspectivas. São Caetano do Sul: Yendis, 2011, v. 1. 232p.
- BARBAN, E. G; OLIVEIRA, A. A. Modelo de assistência da equipe matricial de saúde mental no programa de Saúde da Família do município de São José do Rio Preto (capacitação e educação permanente aos profissionais de saúde na Atenção Básica). **Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 14, p. 52-63, 2007.
- BARROS, J. O. **A construção de projetos terapêuticos no campo da saúde mental**: apontamentos acerca das novas tecnologias de cuidado. 2009. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da FMUSP, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.
- BERNARDO, F. A família pode ser uma eficaz unidade terapêutica. **Hospitalidade**. Portugal, v. 56, n. 221, out./dez., 1992.
- BEZERRA JR, B. C. Grupos: cultura psicológica e psicanálise. In: LANCETTI, A. (Org.). **Saúde e loucura**: grupos e coletivos. São Paulo: Hucitec, 1994. v. 4. p. 129-144.
- BLEGER, J. **Temas de psicologia**: entrevista e grupos. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

BOCCARDO et al. O projeto terapêutico singular. **Revista de terapia ocupacional Universidade de São Paulo, São Paulo**, v. 22, n. 1, p. 85-92, jan./abr. 2011.

BORGES, V. Trabalhar não cansa, descansar cansa: um olhar sobre o trabalho realizado pelos internados de instituições psiquiátricas. **AEDOS**, n. 4, v. 2, nov. 2009.

BRASIL. Lei nº 9.867, de 10 de novembro de 1999. Dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos, conforme especifica. **Diário Oficial da União**. Brasília, 10 nov. 1999. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9867.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9867.htm)>. Acesso em: 13 nov. 2012.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.216, de 6 de Abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 09 abr. 2001. Seção 1.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa permanente de capacitação de recursos humanos para a reforma psiquiátrica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 01 ago. 2003. Seção 1.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 189, de 19 de novembro de 1991. Aprova os Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental. In: \_\_\_\_\_. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **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. Brasília: OPAS, 2005a.

\_\_\_\_\_. Sistema Único de Assistência Social. **Norma Operacional Básica**: construindo as bases para a implantação do Sistema Único de Assistência Social. Brasília: SUAS, 2005b. Disponível em: <[http://www.servicosocial.ufsc.br/ferramentas/ferramentas/upload/arquivos/d/nov\\_versao\\_final.pdf](http://www.servicosocial.ufsc.br/ferramentas/ferramentas/upload/arquivos/d/nov_versao_final.pdf)>. Acesso em: 31 ago. 2012.

\_\_\_\_\_. **Saúde mental e economia solidária**: inclusão social pelo trabalho. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Brasília, 2009b. Série B. 64p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS**: política nacional de humanização: atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. v. 2. 256p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**. Brasília, 24 out. 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, dez. 2011c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.533, de 16 de julho de 2012. Altera e acresce dispositivos à portaria nº 2.527/GM/MS de 27 de outubro de 2011 que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2012.

BROGNOLI, F. F.; RODRIGUES, J. Acolhimento em saúde mental. In: MORETTI-PIRES (Org.). **Fundamentos de Saúde da Família**: dos conceitos à prática em tempos de NASF. no prelo 2012.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000c.

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

CHIAVERINI, D. H. et al. (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p.



CORDIOLI, A. V. **Psicofármacos nos transtornos mentais.**

Porto Alegre, 2005. Disponível em: <[http://xa.yimg.com/kq/groups/19633676/205730663/name/psicofarmacos\\_cordioli.pdf](http://xa.yimg.com/kq/groups/19633676/205730663/name/psicofarmacos_cordioli.pdf)>. Acesso em: 30 de ago. 2012

COSTA, J. M.; UEDA, V. Redes e território: notas sobre a rearticulação espacial. **Boletim Gaúcho de Geografia**, v. 32, p. 131-146, 2008.

CUNHA, A. C. F.; SANTOS, T. F. A utilização do grupo como recurso terapêutico no processo da terapia ocupacional com clientes com transtornos psicóticos: apontamentos bibliográficos. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 17, n. 2, p. 133-146, jul./dez. 2009.

DELGADO, P. G.; GOMES, M. P. C.; COUTINHO, E. S. F. Novos rumos nas políticas públicas de saúde mental no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** v. 17, p. 452-453, 2001.

DELGADO, P.; LEAL, E.; VENÂNCIO, A. O campo da atenção psicossocial. In: CONGRESSO DE SAÚDE MENTAL, 1., 1997, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: TeCora, 1997.

DELL' ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise. In: DELGADO, J. **A loucura na sala de jantar**. São Paulo: Resenha, 1991.

DIAMANTINO, R. M. **Internar ou cuidar**: investigando as dinâmicas familiares no contexto da reforma psiquiátrica em Salvador. 2010. 245f. Dissertação. (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.

FIGUEIREDO, A. C. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 75-86, mar. 2004.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr./jun., 1999.

FREUD, S. O sentido dos sintomas (1916). In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. 16.

FURTADO, J. P. et al. Le déplacement des patients et des professionnels vers la communauté dans un service de santé mentale à Campinas, Brésil, In: **Annales do VIIème Congrès Mondial de Réhabilitation Psychosociale**. Geneva: WHO, 2000. p. 60-61.

GRINBERG, L.; LANGER, M.; RODRIGUÉ, E. **Psicoterapia de grupo**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1976.

GOLDBERG, J. Reabilitação como processo: o Centro de Atenção Psicossocial. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 33-47.

HOLANDA, A. B. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

LACERDA, M. R. et al. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde Soc.** v.15, n. 2, p. 88-95, 2006.

LEÃO, A.; BARROS, S. As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 17, n. 1, p. 95-106, 2008.

LIBERATO, M. D. M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. **Cad. Bras. Saúde Mental**, v. 1, n. 1, jan./abr., 2009.

LOBOSQUE, A. M. CAPS: laços sociais. **Mental.** v. 5, n. 8, p. 53-60, 2007.

MACHADO, A. L.; COLVERO, L. A. Unidades de internação psiquiátrica em hospital geral: espaços de cuidados e a atuação da equipe de enfermagem. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 5, p. 672-677, set./out., 2003.

MÂNGIA, E. F. Contribuições da abordagem canadense “Prática de Terapia Ocupacional Centrada no Cliente” e dos autores da desinstitucionalização italiana para a Terapia Ocupacional em saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 13, n. 3, p.127-134, 2002.

MÂNGIA, E. F. et al. A construção de projetos terapêuticos. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 17, n. 2, p. 87-98, maio/ago., 2006.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T. Redes sociais e construção de projetos terapêuticos: um estudo em serviço substitutivo em saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 18, p. 54-62, 2007.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em saúde mental**. Belo Horizonte, 2006. 238 p. Disponível em: <[http://www.fasa.edu.br/images/pdf/Linha\\_guia\\_saude\\_mental.pdf](http://www.fasa.edu.br/images/pdf/Linha_guia_saude_mental.pdf)>. Acesso em: 30 nov. 2012.

MINUCHIN, S. **Famílias: funcionamento & tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

NICÁCIO, M. F. S. **Utopia da realidade**: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

OLIVEIRA, A. G. B. Trabalho e cuidado no contexto da Atenção Psicossocial: algumas reflexões. **Esc. Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 694 – 702, dez., 2007.

OLIVEIRA, A. M. N. **Compreendendo o significado de vivenciar a doença mental na família um estudo fenomenológico e hermenêutico**. 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

OLIVEIRA, G. N. O **projeto Terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde**. 2007. 176f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

OLIVEIRA, G. N. Apoio Matricial como Tecnologia de Gestão e Articulação em Rede. In: GUERREIRO, A. P.; CAMPOS, G. W. S. (Org.). **Manual de práticas de atenção básica à saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild (Hucitec), 2008a. p. 273-282.

OLIVEIRA, G. N. O **projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde**. São Paulo: Hucitec, 2008b.

OLIVEIRA, G. N. O projeto terapêutico singular. In: GUERREIRO, A. P.; CAMPOS, G. W. S. (Org.). **Manual de práticas de atenção básica à saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo e Rothschild (Hucitec), v. 1, 2008c. p. 283-297.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Saúde mental**: nova concepção, nova esperança. Brasília: Gráfica Brasil, 2001.

ONOCKO CAMPOS, R. T.; GAMA, C. A.. Saúde mental na Atenção básica. In: CAMPOS, G. V. S.; GUERRERO, A. V. P. (orgs.) **Manual de práticas em atenção básica**: saúde ampliada e compartilhada. Brasil, 2008.

REINALDO, A. M. S.; ROCHA, R. M. Visita domiciliar de enfermagem em saúde mental: ideias para hoje e amanhã. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 4, n. 2, p. 36–41, 2002. Disponível em <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>>. Acesso em: 10 out. 2012.

ROCHA, R. **Enfermagem em saúde mental**. 2. ed. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2005. 192p.

ROSA, L. C. S. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. **Psicologia em Revista**, v. 11, p. 205-218, 2005.

ROSSET, S. M. **Pais e filhos**: uma relação delicada. Curitiba: Sol, 2007.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização: uma outra via., In: NICÁCIO, M. F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 17-59.

SANTOS, E. M.; KIRSCHBAUM, D. I. R. A trajetória histórica da visita domiciliar no Brasil: uma revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, p. 220-227, 2008.

SARACENO, B. A.; ASIOLI, F.; TOGNONI, G. **Manual de saúde mental**. São Paulo: Hucitec, 1997.

SARACENO, B. A. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: TeCorá, 1999.

SATIR, V. **Terapia do grupo familiar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1980.

SCHMIDT, M. B.; FIGUEIREDO, A. C. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. **Rev. Latino-Americana de Psicop. Fund.** v.12, n.1, p. 130-140, 2009.

SILVA, M. B. B. Atenção psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n.1, p. 127-150, 2005.

SILVA JR., A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da Atenção Básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004. p. 241-257.

SPRICIGO, J. S.; TAGLIARI, L. V.; OLIVEIRA, W. F. **Saúde mental e dependência química**: especialização em saúde da família: modalidade a distância. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2010.

TAVARES, C. M. M. A interdisciplinaridade como requisito para a formação da enfermeira psiquiátrica na perspectiva da atenção psicossocial. **Texto Contexto Enferm.** v. 14, n. 3, p. 403-410, 2005.

TAVARES, C. M. M. et al. Análise de implementação de tecnologias de cuidar em saúde mental na perspectiva da atenção psicossocial. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 342-350, ago. 2003.

TYKANORI, R. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 55-59.

VALLADARES, A. C. A. et al. Reabilitação psicossocial através das oficinas terapêuticas e/ou cooperativas sociais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5, n. 1, p. 4-9, 2003.

VASCONCELOS, E. M. **Abordagens psicossociais**, v. 1. São Paulo: Hucitec, 2008.

VIEIRA FILHO, N. G.; NÓBREGA, S. M. Atenção psicossocial em saúde mental. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n. 2, p. 373-379, 2004.

YASUI, S. **Rupturas e encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Rio de Janeiro: FioCruz, 2010.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, v. 32, p. 27-37, 2008.

ZIMERMAN, D. E. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

# Minicurriculo dos autores

## Ana Carolina Guidorizzi Zanetti

Docente do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP obteve os títulos: de doutor em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo (2010); de mestre em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo (2006); de especialista em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental (2003); e de bacharel em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP (2002), e atua principalmente nos seguintes temas: família, esquizofrenia, emoção expressa, atenção primária à saúde e consultoria e ligação.

Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/6703095533189904>>

## Felipe Faria Brognoli

Possui graduação em Psicologia pela Universidade Tuiuti do Paraná (1987) e mestrado em Antropologia Social pela Universidade Federal de Santa Catarina (1996). Atualmente, é psicólogo da Prefeitura Municipal de Florianópolis, atuando na Secretaria de Assistência Social, e professor do curso de Psicologia da Faculdade CESUSC. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicologia da Saúde, e atua principalmente nos seguintes temas: saúde mental, processos terapêuticos, políticas públicas, reforma psiquiátrica e nomadismo. Atuou durante quinze anos no CAPS II Ponta do Coral, em Florianópolis.

Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/4255691191250235>>

## Isabela dos Santos Martin

Enfermeira graduada pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (2008); especialista em Saúde Mental (2010); e, atualmente, mestranda do Programa de Enfermagem Psiquiátrica, ambos pelo Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/4078024274545684>>

## Jeferson Rodrigues

Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2002); especialista em Atenção Psicossocial pela Universidade do Estado de Santa Catarina (2003); mestre (2005) e doutor (2010) em Enfermagem, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - PEN/UFSC. Foi professor, na categoria Substituto, da Universidade Federal de Santa Catarina, e atuou na disciplina Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, nos anos 2002-2004 e 2007-2009; foi assessor parlamentar de 2011-2012. Professor Adjunto da FACENf/UERJ, tem experiência na área de Enfermagem em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Atua principalmente nos seguintes temas: reforma psiquiátrica; situação de crise no campo da saúde mental; organização política de usuários e familiares; associações de usuários e familiares em saúde mental e movimento nacional de luta antimanicomial; ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental. É membro da Red Internacional de Enfermería en Salud Mental/OPAS.

Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/3947827508844058>>

## Lucilene Cardoso

Docente do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, obteve os títulos: de bacharel em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP (2003); de mestre em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo (2006); e de doutor em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo (2008). Atuando no ensino, pesquisa e extensão universitária através de pesquisas, produção científica, assistência em saúde mental e docência, está inserida na linha de pesquisa Enfermagem Psiquiátrica: o doente, a doença e as práticas terapêuticas, desenvolvendo pesquisas relacionadas à manutenção do tratamento e cuidados extra-hospitalares em saúde mental, tais como: práticas da enfermagem psiquiátrica na comunidade, egressos de internação psiquiátrica, reabilitação psicossocial, adesão ao tratamento, relações familiares, sobrecarga de cuidadores, recaída psiquiátrica e saúde mental.

Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/0318576941807474>>

## Maria Terezinha Zeferino

Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Santa Catarina (1984) possui os títulos de mestre em Engenharia Civil pela Universidade Federal de Santa Catarina (2004) e de doutor em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2010). Realizou estágio pós-doutoral na área do Fenômeno das Drogas pelo Center for Addiction and Mental Health University of Toronto/Canadá. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina é pesquisadora do Grupo de Pesquisa Cuidando & Confortando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - PEN/UFSC. Desenvolve seus trabalhos acadêmicos e de pesquisa na área de Enfermagem, com ênfase em Saúde Mental e Fenômeno das Drogas, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde mental, fenômeno das drogas, enfermagem psiquiátrica, saúde do caminhoneiro, fenomenologia sociológica compreensiva de Alfred Schutz, atenção básica e acidente de trânsito.

Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/2532658022267499>>

## Silvia Maria Azevedo dos Santos

Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Santa Maria/RS (1979), obteve os títulos: de mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina/SC (1990); especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2001); e de doutor em Educação, com área de concentração em Gerontologia, pela Universidade Estadual de Campinas/SP (2003). Realizou estágio pós-doutoral junto ao Departamento de Psicologia da Saúde da Universidade de Alicante/Espanha, sob supervisão da Prof.<sup>a</sup> Dra. Carmen de la Cuesta Benjumea. Atualmente na categoria Professor Associado I do Departamento e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, desenvolve atividades no ensino, pesquisa e extensão em Gerontologia e Saúde Mental, na perspectiva do cuidado no processo de viver, ser saudável, adoecer e morrer nas dimensões individual e familiar. É líder do Grupo de Estudos sobre Cuidados de Saúde de Pessoas Idosas - GESPI/PEN/UFSC.

Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/8484016731016610>>



## Zeyne Alves Pires Scherer

Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal do Espírito Santo (1989), obteve os títulos: de especialista (1991); mestre (1995) e doutor (2005) em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo. Também é especialista em Psicoterapias Analíticas Grupais e Coordenação de Grupo (2001) pelo Núcleo de Formação da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo (SPAGESP). É professora, categoria Professor Doutor MS-3, do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Atualmente é avaliadora de cursos de graduação, compondo a Banca de Avaliadores do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior–BASIS, do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas e Educacionais Anísio Teixeira (INEP), Ministério da Educação. Coordena o Grupo de Estudos Interdisciplinares sobre Violência (GREIVI), atuando nas seguintes linhas de pesquisa: Promoção de saúde mental e estudos sobre a conduta; A ética e a produção do saber em saúde. Desenvolve projetos de pesquisa sobre a temática da saúde mental, da educação e da violência. Para consolidar as ações de pesquisa, ensino e extensão, tem dirigido a atenção para pesquisas com enfoque na temática violência interpessoal (intrafamiliar e doméstica) e violência institucional (escolas, serviços de saúde e instituições de privação de liberdade) contra grupos considerados vulneráveis, como crianças, adolescentes, mulheres e portadores de transtornos mentais.

Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/0261961257446579>>



Ministério da  
**Saúde**

