



**CENTRO UNIVERSITÁRIO GUAIRACÁ - UNIGUAIACÁ
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO *STRICTU SENSU* EM
PROMOÇÃO DA SAÚDE**

DAIANE PRISCILA BERLATTO

**SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ELABORAÇÃO DE
CARTILHA AOS PROFISSIONAIS DE UM MUNÍCIPIO DO
SUDOESTE DO PARANÁ**

**GUARAPUAVA
2022**

CENTRO UNIVERSITÁRIO GUAIRACÁ – UNIGUAIRACÁ

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE (PPGPS)

MESTRADO PROFISSIONAL EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

DAIANE PRISCILA BERLATTO

**SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ELABORAÇÃO DE CARTILHA AOS
PROFISSIONAIS DE UM MUNICÍPIO DO SUDOESTE DO PARANÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós -
Graduação em Promoção da Saúde do Centro
Universitário Guairacá – UNIGUAIRACÁ, como
requisito parcial para obtenção do título de Mestre em
Promoção da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Augusto da Silva

GUARAPUAVA

2022

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca da UniGuairacá

B518p Berlatto, Daiane Priscila
Saúde mental na atenção primária: Elaboração de cartilha aos profissionais de um Município do Sudoeste do Paraná / Daiane Priscila Berlatto. -- Guarapuava, PR: UniGuairacá, 2022.
69f.: il.

Dissertação (Mestrado) – UniGuairacá Centro Universitário, Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde (PPGPS), 2023.
Orientador^a: Prof^o Luiz Augusto da Silva.

1. Reforma Psiquiátrica 2. Saúde mental na Atenção Básica
3. Cartilha Educativa. I. Silva, Luiz Augusto da. II. Título.
IV. UniGuairacá Centro Universitário.

CDD 616.89

Bibliotecária responsável: Inajara Pires de Souza - CRB-PR/1652

DAIANE PRISCILA BERLATTO

**SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ELABORAÇÃO DE CARTILHA AOS
PROFISSIONAIS DE UM MUNICÍPIO DO SUDOESTE DO PARANÁ**

MESTRADO PROFISSIONAL EM PROMOÇÃO DA SAÚDE
CENTRO UNIVERSITÁRIO GUAIRACÁ – UNIGUAIRACÁ

Membros da Banca Examinadora

Orientador Professor Doutor Luiz Augusto da Silva

Professora Doutora Marcela Maria Birolim

Professora Doutora Angelica Miki Stein

Guarapuava, 28 de novembro de 2022.



Centro Universitário Guairacá
Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde
PPGPS/UNIGUIARACÁ
Mestrado Profissional em Promoção da Saúde



Ata de Defesa de Dissertação de Mestrado Nº14/2022 – PPGPS

Às dezesseis horas do dia vinte e oito de novembro de dois mil e vinte e dois, na sala de Metodologias Inovadoras (1º andar) do Centro Universitário Guairacá - UNIGUIARACÁ, reuniu-se a Banca Examinadora de Defesa da Dissertação do Mestrado Profissional em Promoção da Saúde, da mestranda **Daiane Priscila Berlatto**, presidido pelo orientador Prof. Dr. Luiz Augusto da Silva, membro titular Prof.ª Dr.ª Marcela Maria Birolim e membro externo Prof.ª Dr.ª Angelica Miki Stein. Iniciado os trabalhos, a presidência deu conhecimento aos membros da banca e a candidata, das normas que regem a defesa de dissertação e definiu-se a ordem a ser seguida pelos examinadores para arguição. A seguir, a candidata apresentou a dissertação intitulada **“SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ELABORAÇÃO DE CARTILHA AOS PROFISSIONAIS DE UM MUNICÍPIO DO SUDOESTE DO PARANÁ”**. Encerrada a apresentação, a candidata foi arguida oralmente pelos membros da Banca Examinadora. Após arguição e avaliação, a banca considerou o trabalho APROVADO. A presidência ressaltou que a obtenção do título de Mestre Profissional em Promoção da Saúde está condicionada ao depósito da versão definitiva da dissertação impressa e em meio eletrônico, com todas as correções feitas e atestadas pelo orientador no prazo de sessenta dias, além de obedecer ao regimento do programa. O não atendimento no prazo, anulará toda possibilidade de outorga definitiva do título, bem como o recebimento do diploma. Esta ata de Defesa deverá ser homologada pelo Colegiado do PPGPS. Nada mais havendo a tratar, eu, como presidente da sessão, dei por encerrada a sessão da defesa de dissertação do Mestrado, a presente ata foi lavrada e assinada pelos membros da Banca Examinadora. Guarapuava, vinte e oito de novembro de dois mil e vinte e dois.


Prof. Dr. Luiz Augusto da Silva (PPGPS/UNIGUIARACÁ)
Presidente (Orientador)


Prof.ª Dr.ª Marcela Maria Birolim (PPGPS/UNIGUIARACÁ)
Membro Titular


Prof.ª Dr.ª Angelica Miki Stein (UNICENTRO)
Membro Externo

RESUMO

Objetivo: Este trabalho busca propor uma cartilha educacional de modo claro e direto em formato para profissionais da saúde, sobre a importância e os desafios da prática em saúde mental na atenção básica. A saúde mental é uma problemática emergente no Brasil e no mundo, desta forma destaca-se a necessidade de ações de prevenção e promoção da saúde, bem como garantia de tratamento adequado tanto na atenção primária, quanto nos serviços especializados. **Métodos:** Para tanto realizou-se uma revisão dos documentos públicos, portarias, leis e decretos que tratam de instrumentos, normativas e diretrizes a serem seguidas pela política pública de saúde mental. Foi realizado o levantamento bibliográfico por meio de revisão narrativa feita na base de dados Google Acadêmico, utilizando os seguintes descritores: saúde mental na atenção básica, reforma psiquiátrica, cartilha educativa, onde foram encontrados os artigos e classificados para fundamentarem as informações. O estudo caracteriza-se por uma pesquisa qualitativa do tipo metodológica. Buscou-se a elaboração de instrumentos e aplicação dos mesmos, de forma transversal. **Resultados:** Após a análise do material bibliográfico, foi elaborada uma cartilha intitulada: Cuidado em Saúde Mental: Um Guia de orientação em saúde mental na atenção básica. Além disso, foi desenvolvido um capítulo chamado “Reforma Psiquiátrica Brasileira”, publicado no livro “Estratégias interdisciplinares”, no ano de 2021. O produto é apresentado como apêndice do presente estudo. **Conclusão:** A integração de estratégias voltadas para a saúde mental nas atividades das equipes de saúde da família não só fortalece os fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS), como a universalidade, a equidade e a integralidade, mas também favorece o avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Os profissionais de diferentes pontos de atenção em saúde através de abordagens eficientes são as principais fontes de informações para replicar conhecimento de forma clara e confiável.

PALAVRAS-CHAVES: Reforma Psiquiátrica. Saúde mental na Atenção Básica. Cartilha Educativa.

ABSTRACT

Aim: This work seeks to propose an educational booklet in a clear and direct format for health professionals, on the importance and challenges of mental health practice in primary care. Mental health is an emerging problem in Brazil and around the world, thus highlighting the need for prevention and health promotion actions, as well as ensuring adequate treatment in both primary care and specialized services. **Methods:** To this end, a review of public documents, ordinances, laws and decrees that deal with instruments, regulations and guidelines to be followed by public mental health policy was carried out. A bibliographic survey was carried out through a narrative review carried out in the Google Scholar database, using the following descriptors: mental health in primary care, psychiatric reform, educational booklet, where the articles were found and classified to support the information. The study is characterized by qualitative methodological research. We sought to develop instruments and apply them in a transversal manner. **Results:** After analyzing the bibliographic material, a booklet was created entitled: Mental Health Care: A Guidance Guide on mental health in primary care. Furthermore, a chapter called "Brazilian Psychiatric Reform" was developed, published in the book "Estratégias interdisciplinares", in 2021. The product is presented as an appendix to the present study. **Conclusion:** The integration of strategies aimed at mental health in the activities of family health teams not only strengthens the foundations of the Unified Health System (SUS), such as universality, equity and comprehensiveness, but also favors the advancement of Psychiatric Reform in Brazil. Professionals from different points of health care through efficient approaches They are the main sources of information to replicate knowledge in a clear and reliable way.

KEY WORDS: Psychiatric Reform. Mental health in primary care. Educational Booklet.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
1.1. Justificativa.....	10
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	12
3. OBJETIVOS	23
3.1. Objetivo Geral	23
3.2. Objetivos Específicos	23
4. MATERIAIS E MÉTODOS	23
4.1 Levantamento Bibliográfico.....	24
4.2 Construção do Material.....	25
5. ADERÊNCIA	27
6. IMPACTO	27
7. APLICABILIDADE	27
8. INOVAÇÃO	27
9. COMPLEXIDADE	28
10. PRODUTOS DESENVOLVIDOS	28
10.1. Cartilha educacional.....	28
11. RESULTADOS E DISCUSSÕES	28
11.1. Cartilha.....	28
12. CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
APÊNDICES	39
APÊNDICE 1	39
APÊNDICE 2	47

1. INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde Mental estabelece as orientações e estratégias destinadas a estruturar o suporte a indivíduos que demandam tratamento e assistência em saúde mental, abrangendo condições como depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo, bem como problemas decorrentes do consumo excessivo de álcool e outras substâncias (BRASIL, 2020).

Antes da Reforma Psiquiátrica, o tratamento em saúde mental estava concentrado nos grandes hospitais psiquiátricos. Com origem na década de 70, a Reforma Psiquiátrica promoveu uma série de mudanças na abordagem da saúde mental, visando desconstruir a predominância do modelo de internação em massa e superar o enfoque biomédico, favorecendo a adoção de um modelo de cuidado psicossocial na assistência em saúde mental (SOUZA, MACIEL, MEDEIROS, 2018).

Esse cuidado e recuperação de uma pessoa com transtorno mental deve ser compreendido como uma reorganização de elementos culturais, sociais e psicológicos que, conjuntamente, podem determinar se um tratamento foi bem-sucedido (JUCÁ, 2005).

Nesse contexto, emerge a iniciativa do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), caracterizado como um serviço especializado focado na reinserção social de pessoas com transtornos mentais. A integração dos CAPS na rede de atendimento foi efetivada com a promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica, Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que reorienta a assistência em saúde mental para um modelo comunitário, social, que promove a autonomia e o autocuidado dos usuários (JUNIOR, DESVIAT, SILVA, 2016).

Esse cuidado também é demanda da atenção básica que tem como um de seus princípios possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de saúde, inclusive aqueles que demandam cuidado em saúde mental. O cuidado em saúde mental na atenção básica é bastante estratégico pela facilidade do acesso do usuário a equipe e vice-versa. Permite os profissionais conhecer a história de vida das pessoas e seus vínculos, onde moram e outros elementos do contexto da vida da pessoa (BRASIL, 2013).

Na Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental - 15 anos depois de Caracas (2005), trouxeram que a atenção básica nem sempre apresenta condições para dar conta desse importante tarefa, tendo em vista essa condição o Ministério da Saúde, estimula as políticas de avaliação e expansão que incluam saúde mental. Informam que grande parte

das pessoas com transtornos mentais leves ou severos está sendo efetivamente atendida pelas equipes de Atenção Básica nos municípios (BRASIL, 2005).

É comum que profissionais da saúde, em algum momento, se sintam inseguros, surpresos ou até mesmo perdidos ao se depararem com uma necessidade de cuidado em saúde mental. No entanto, esses cuidados não são algo distante ou excepcional ao trabalho diário na Atenção Básica. Ao contrário, as intervenções são planejadas com base na realidade cotidiana do território, levando em conta as características únicas dos pacientes e das comunidades em que estão inseridos (BRASIL, 2013).

A falta de recursos de pessoal e a falta de capacitação acabam por prejudicar o desenvolvimento de uma ação integral pelas equipes. Além disso, atender às pessoas em sofrimento mental é de fato uma tarefa muito complexa que exige muita sensibilidade (BALLONE, 2005). Partindo dessa compreensão urge a necessidade de estimular ativamente, às políticas de saúde mental (BRASIL, 2007).

Tendo em vista essa necessidade expressa optou-se pela elaboração de uma cartilha com informações relevantes sobre o tema. A reflexão proposta tem como função criar uma abertura e um respaldo técnico para o profissional se colocar disponível como ouvinte e cuidador, no momento que estiver diante de uma pessoa em sofrimento psíquico, além de estimular e compartilhar conhecimento que facilitem o manejo à pessoa em sofrimento mental.

1.1 JUSTIFICATIVA

A abordagem do sofrimento psíquico seja ele comum ou nos casos mais graves é um atendimento vivenciado diariamente dentro da Atenção Básica, abordagens e cuidados estratégicos serão fundamentais para a adesão e continuidade no acompanhamento em saúde mental realizado tanto na própria Unidade Básica de Saúde (UBS), quanto no CAPS, priorizando os princípios do SUS.

Tendo em vista a Política Nacional da Atenção (PNAB), reformulada pela portaria 2423 de 21/09/2017, destacando mais uma vez a Atenção Básica como porta de entrada preferencial ao sistema (BRASIL, 2017).

A portaria enfatiza a necessidade de assegurar que os princípios de universalidade, equidade e integralidade sejam observados no atendimento de todos os indivíduos que buscam

cuidados de saúde, inclusive na área da saúde mental. Estes princípios devem ser implementados na Atenção Básica, com a universalidade garantindo o acesso irrestrito e contínuo aos serviços de saúde. Na Atenção Primária, isso se traduz no acolhimento de todas as pessoas sem distinção, proporcionando fácil acesso aos serviços e atendendo às necessidades da população (BRASIL, 2017).

Na PNAB, a equidade é descrita como a prática de fornecer cuidados de saúde levando em conta as diferentes condições de vida e saúde dos indivíduos, de forma a atender às suas necessidades específicas. Isso implica reconhecer que o direito à saúde é afetado por diversas condições sociais e, portanto, deve ser adaptado para respeitar e atender à diversidade da população (BRASIL, 2017).

O princípio da integralidade, conforme destacado, é atingido quando as redes de atenção à saúde conseguem responder a todas as necessidades de saúde da população cadastrada, mantendo o respeito à sua autonomia. Na PNAB, a integralidade abrange uma abordagem holística à saúde, incluindo a promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento, reabilitação, redução de danos e cuidados paliativos, assegurando assim uma assistência à saúde completa e coerente com as necessidades dos indivíduos (BRASIL, 2017).

Para assegurar que as iniciativas de saúde mental sejam efetivamente implementadas na atenção básica, respeitando os princípios estabelecidos pela política de saúde, é crucial investir na capacitação dessas equipes. É necessário abordar conteúdos fundamentais que permitam aos profissionais de saúde desenvolver habilidades e competências por meio da educação continuada. Harada e Pedreira (2012) destacam a importância de os profissionais adquirirem conhecimento e habilidade no uso de técnicas e ferramentas específicas, visando apoiar e aprimorar suas práticas. Isso pode contribuir para minimizar erros e melhorar a qualidade do atendimento. Assim, amplia-se o acesso à informação sobre a política de saúde mental e os procedimentos de atendimento no território, além de promover uma comunicação mais eficaz entre usuários e profissionais, com informações claras e baseadas em evidências sobre a saúde mental na atenção básica.

Investigou-se a existência de material similar e percebeu-se que as orientações que englobam a temática são muito amplas, uma vez que os materiais são extensos, podendo limitar a procura do profissional para realizar buscas rápidas no dia a dia, o que seria uma inovação no trabalho.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, influenciada pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) durante o declínio da ditadura militar, inaugurou uma nova abordagem no cuidado em saúde mental. Desde o seu surgimento, a reforma desafiou o modelo manicomial, propondo uma alternativa de atendimento em saúde mental fundamentada na defesa dos direitos humanos, na ética e no tratamento baseado na comunidade para indivíduos enfrentando sofrimentos mentais. Este movimento representou uma mudança paradigmática, priorizando a reintegração social e o respeito à dignidade das pessoas com transtornos mentais (OLIVEIRA E SZAPIRO, 2020).

Naquela época, a luta era pela garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais dentro do espectro dos direitos humanos, buscando sua inclusão social frente à questão da loucura e propondo alternativas de serviços substitutivos aos manicômios. Essa base de sustentação emergiu como uma resposta viável ao ideal ainda considerado utópico do MTSM: "Por uma sociedade sem manicômios" (OLIVEIRA E SZAPIRO, 2020).

O processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil teve início simultaneamente ao surgimento do Movimento Sanitário nos anos setenta, ambos defendendo a transformação dos modelos de atenção e gestão em saúde. Esse movimento destacou-se pela defesa da saúde coletiva, pela busca de equidade na oferta de serviços de saúde, e pelo empoderamento de trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e na criação de novas tecnologias de cuidado (OLIVEIRA E SZAPIRO, 2020).

Em 1986, com a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS), estabeleceram-se diretrizes para a criação de um sistema de saúde descentralizado e unificado, onde a saúde passou a ser reconhecida como um dever do Estado. O modelo de saúde pública no Brasil experimentou transformações significativas, impulsionadas por movimentos populares que demandavam melhorias. A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi um marco nesse processo, refletindo as conquistas dessas lutas.

“A 8ª Conferência foi um evento duplamente inédito. Inédito na história das políticas de saúde porque não se tem notícia de que o poder executivo brasileiro jamais tenha convocado a sociedade civil para o debate de políticas ou programas de governo, menos ainda no estágio ou momento de sua formulação na escala de que o fez naquele momento. Todas as sete conferências de saúde anteriores pautaram-se por um caráter eminentemente técnico e pela baixíssima representatividade social

marcada pela participação praticamente restrita a gestores e técnicos governamentais” (CARVALHO, 1995, p. 53).

Conforme destacado por Carvalho (1995), havia uma constante preocupação durante as conferências em desenvolver projetos que abrangessem todo o território brasileiro. Isso incluía desde iniciativas de saneamento básico até ações voltadas à cura de doenças que afetavam diversos segmentos da população, desde o trabalhador rural até o empresário.

Os debates realizados durante a conferência culminaram em um relatório final que recomendou a distinção entre o sistema único de saúde e o sistema de previdência, ambos coordenados em nível federal por um ministério unificado. As propostas aprovadas em plenário enfatizaram a integração das ações de saúde, a regionalização e hierarquização das unidades de serviço, além do fortalecimento do papel dos municípios. Um aspecto fundamental destacado foi a inclusão da participação popular no processo, por meio de entidades representativas, contribuindo para a formulação de políticas, o planejamento, a gestão e a avaliação do sistema de saúde (BRASIL, 1986).

Uma importante resolução debatida na conferência abordou uma visão mais ampla da saúde, definindo-a como resultado das condições de alimentação, moradia, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso à terra e aos serviços de saúde. Essa definição reforça a responsabilidade do Estado em assegurar condições dignas de vida e acesso universal à saúde. Além disso, destacou-se a necessidade de integrar a política de saúde com outras políticas econômicas e sociais, reconhecendo a interdependência entre saúde e bem-estar geral da população (BRASIL, 1986).

O relatório final da conferência abordou a participação do setor privado na saúde, propondo a criação de um sistema predominantemente público, no qual as atividades do setor privado seriam reguladas pelas diretrizes e normativas do SUS. O objetivo dessa medida é garantir que tanto as ações quanto os serviços de saúde providos pelo setor privado estejam em conformidade com os princípios fundamentais do SUS, assegurando, assim, a universalidade, a integralidade e a equidade no acesso aos cuidados de saúde para toda a população (BRASIL, 1986).

No contexto histórico do avanço da saúde no Brasil, especialmente no que se refere à Atenção Primária, destaca-se a PNAB de 2006. Esta política estabelece diretrizes e princípios

essenciais para o atendimento à população, enfatizando a importância de um sistema de saúde acessível, integral e equitativo. É fundamental também reconhecer a influência da Declaração de Alma-Ata, proclamada em 1978 durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Esta declaração instou os países, especialmente os em desenvolvimento, a adotarem a Atenção Primária como estratégia central para alcançar a meta de "Saúde para Todos", ressaltando a necessidade de uma abordagem de saúde que seja universal e centrada nas necessidades das comunidades (WHO, 1978).

Em 2006, o Ministério da Saúde do Brasil aprovou a PNAB, que passou por uma reformulação significativa em 2017, através da portaria nº 2423 de 21/09/2017. Esta portaria define as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como uma estratégia chave para a organização do SUS, reiterando a importância da Atenção Básica como a principal porta de entrada no sistema. A PNAB reformulada enfatiza a necessidade de um acesso facilitado e integrado aos serviços de saúde, visando a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde dos indivíduos e comunidades (BRASIL, 2017).

A portaria reformulada de 2017, que atualiza a PNAB, incorpora os princípios fundamentais do SUS e das RAS, delineando como esses devem ser aplicados na Atenção Básica. Os princípios mencionados incluem a universalidade, a equidade e a integralidade, assegurando que todos tenham acesso aos serviços de saúde, que estes sejam prestados de maneira justa e que contemplem as necessidades de saúde de forma completa (BRASIL, 2017).

A portaria reformulada destaca que os princípios do SUS e das RAS devem ser efetivamente aplicados no contexto da Atenção Básica, abrangendo a universalidade, a equidade e a integralidade. Esses princípios são fundamentais para garantir que todos os indivíduos que necessitam de cuidados de saúde, incluindo os cuidados de saúde mental, recebam o atendimento adequado (BRASIL, 2017).

Na PNAB, o segundo princípio destacado é a equidade. Este princípio é conceituado como a capacidade de oferecer cuidados de saúde que reconhecem e respeitam as distintas condições de vida e saúde dos indivíduos. A equidade na saúde implica em adaptar os serviços e intervenções às necessidades específicas de cada pessoa, levando em consideração que o direito à saúde é influenciado por diferentes contextos sociais. Assim, a aplicação desse princípio na Atenção Básica visa garantir que todos tenham acesso aos cuidados necessários

de forma justa, promovendo a inclusão e o atendimento à diversidade da população (BRASIL, 2017).

O último princípio abordado na PNAB é a integralidade, que se concretiza quando as redes de atenção à saúde conseguem responder a todas as necessidades de saúde da população adscrita, ao mesmo tempo em que preservam a autonomia dos indivíduos. Na PNAB, a integralidade abrange uma abordagem ampla e coesa da saúde, que inclui a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e os cuidados paliativos (BRASIL, 2017).

As diretrizes da PNAB estabelecem normativas que devem ser seguidas pelos entes federativos para a efetivação da Atenção Primária à Saúde. Uma dessas diretrizes é a regionalização, que configura um modelo de organização das RAS, posicionando a Atenção Primária como a principal porta de entrada no sistema de saúde.

A regionalização facilita a coordenação e integração entre diferentes níveis de atenção, assegurando que os usuários recebam os cuidados necessários dentro de um sistema organizado e hierarquizado. Além disso, a eficácia da Atenção Primária depende da clara delimitação territorial, conforme definido na PNAB. Esta delimitação considera uma área geográfica específica, permitindo uma abordagem descentralizada do SUS na implementação de estratégias voltadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde.

A definição de um território específico permite identificar e se responsabilizar pela população residente, garantindo um ponto de referência para os usuários e promovendo a responsabilidade da equipe de saúde pelo cuidado dessa população. Isso também facilita o estabelecimento de um vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade, promovendo a continuidade e a longitudinalidade do cuidado. Assim, essas diretrizes são essenciais para assegurar um atendimento de saúde mais eficiente, acessível e de qualidade para todos (BRASIL, 2017).

Um aspecto crucial introduzido pela PNAB é a adoção do Cuidado Centrado na Pessoa como método de abordagem na Atenção Primária, a ser seguido por todos os profissionais de saúde. Este enfoque significa que o cuidado é desenvolvido em conjunto com as pessoas, respeitando suas necessidades, expectativas e potencialidades, visando o alcance de uma vida independente e plena.

Dentro desta perspectiva, a família, a comunidade e outras formas de coletividade são consideradas elementos centrais, que frequentemente influenciam ou determinam as condições de vida dos indivíduos, e, conseqüentemente, a maneira como o cuidado deve ser prestado. A abordagem do Cuidado Centrado na Pessoa enfatiza a importância de entender o indivíduo dentro de seu contexto social e familiar, reconhecendo que os aspectos emocionais, sociais e culturais são fundamentais para a promoção da saúde e bem-estar.

Essa diretriz da PNAB busca promover uma saúde mais humanizada e eficaz, que não se limite ao tratamento de doenças, mas que se empenhe na construção de relações de confiança e na tomada de decisões compartilhadas entre profissionais e usuários, fortalecendo assim a autonomia dos indivíduos no cuidado com a própria saúde (BRASIL, 2017).

De acordo com a PNAB, outra diretriz fundamental é a resolutividade, que deve ser perseguida tanto pela Atenção Primária quanto pelos demais serviços de saúde. Essa diretriz se apoia no conceito de clínica ampliada, que visa a integração de diversos saberes em uma abordagem transdisciplinar. Tal abordagem engloba a utilização e articulação de diferentes tecnologias de cuidado, tanto individual quanto coletivo, com o objetivo de abordar de maneira eficaz a maioria dos problemas de saúde enfrentados pela população.

A resolutividade enfatiza a capacidade do sistema de saúde em oferecer respostas concretas às necessidades de saúde dos indivíduos, solucionando os problemas de forma eficiente e evitando encaminhamentos desnecessários para serviços de maior complexidade. Isso implica uma gestão eficaz dos recursos disponíveis, a promoção de ações de saúde preventivas e curativas, e a capacidade de coordenar o cuidado do usuário através dos diferentes pontos de atenção das RAS, sempre que necessário.

Implementar a resolutividade como um princípio orientador na Atenção Primária e em todo o sistema de saúde significa comprometer-se com uma assistência que valoriza a integralidade e a continuidade do cuidado, assegurando que os usuários recebam o suporte adequado em todas as etapas do seu tratamento e acompanhamento (BRASIL, 2017).

A longitudinalidade do cuidado, conforme estabelecido na PNAB, refere-se a uma assistência contínua e personalizada, focada na pessoa ao longo do tempo, e implica na formação de um vínculo entre os usuários e os profissionais da atenção primária. Esse princípio visa assegurar um acompanhamento consistente do estado de saúde do indivíduo,

promovendo não apenas o tratamento de condições agudas ou crônicas, mas também a prevenção de doenças e a manutenção da saúde. A construção de relações de confiança entre profissionais e pacientes é fundamental para um atendimento eficaz e integral, caracterizando a longitudinalidade como um pilar essencial na prestação de cuidados no contexto da PNAB (BRASIL, 2017).

A coordenação do cuidado, conforme descrito na PNAB, envolve a elaboração, o acompanhamento e a organização do fluxo dos usuários pelos diferentes pontos de atenção das RAS. Esta diretriz posiciona a atenção primária como um núcleo central de comunicação entre os diversos níveis de atendimento, garantindo a responsabilidade pelo cuidado integral do usuário em qualquer ponto da rede, através de uma relação horizontal, contínua e integrada. Além disso, a coordenação do cuidado se estende à articulação com outras estruturas de saúde e setores, incluindo redes públicas, comunitárias e sociais, assegurando uma abordagem compreensiva e multidisciplinar na assistência à saúde (BRASIL, 2017).

Ordenar as redes, conforme abordado na PNAB, significa identificar as necessidades de saúde da população sob responsabilidade da atenção primária e organizar essas necessidades em relação aos outros pontos de atenção à saúde. Esse processo tem como objetivo garantir que o planejamento e a programação dos serviços de saúde sejam orientados pelas necessidades reais das pessoas, promovendo uma assistência mais efetiva e alinhada às demandas da comunidade. Assim, a ordenação das redes facilita a integração entre os diferentes níveis de atendimento, contribuindo para a continuidade do cuidado e para a otimização dos recursos no sistema de saúde (BRASIL, 2017).

A participação da comunidade, conforme abordada na PNAB, destaca a importância de estimular o envolvimento ativo das pessoas nas iniciativas de saúde na Atenção Básica. Isso envolve promover uma orientação comunitária nas ações de saúde e desenvolver a competência cultural nos cuidados prestados, visando expandir a autonomia dos indivíduos e sua capacidade de contribuir ativamente para a gestão da saúde própria, das demais pessoas e das coletividades do território. Tal abordagem reforça o papel central da comunidade no processo de cuidado à saúde, garantindo que as intervenções sejam pertinentes, respeitadas e adequadas às diversas realidades culturais e sociais presentes (BRASIL, 2017).

Analisando o processo histórico das políticas de saúde no Brasil e seus avanços, percebe-se que o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira está intrinsecamente ligado a

uma série de lutas sociais. Por muitas décadas, o cuidado destinado às pessoas em sofrimento mental esteve atrelado a um modelo hospitalocêntrico, no qual o tratamento se limitava, predominantemente, a internações prolongadas. Esse modelo mantinha os indivíduos afastados de suas famílias e do convívio social, contribuindo para a estigmatização e a exclusão dessas pessoas. A Reforma Psiquiátrica, portanto, surgiu como um movimento contrário a essa abordagem, buscando promover um tratamento que valorizasse a reintegração social do indivíduo, o respeito aos seus direitos e a humanização do cuidado em saúde mental.

Nos anos 70, o questionamento e a transformação do modelo asilar marcaram um período significativo de lutas e avanços da reforma psiquiátrica. A saúde mental, historicamente caracterizada como um âmbito de exclusão, passou por um processo de revisão crítica devido às preocupações com o agravamento das condições dos usuários, a predominância do modelo biomédico, a falta de reinserção social, a violação dos direitos humanos e de cidadania. Essas questões incentivaram o surgimento de iniciativas políticas, científicas, sociais, administrativas e jurídicas, que buscaram estabelecer novas estratégias para a reabilitação e recuperação de pessoas com transtorno mental. Tais iniciativas enfatizaram a importância do cuidado humanizado e propuseram uma nova maneira de conceber o processo saúde-doença, focada na valorização da pessoa e em sua plena reintegração à sociedade (JORGE, 2011).

Com a necessidade de iniciativas importantes para a normatização e garantia dos direitos das pessoas, no ano de 1989, entra no Congresso Nacional o Projeto de Lei, que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país sendo considerado o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo (BRASIL, 2005).

Somente 12 anos depois a Lei é sancionada no país. Assim, a Lei Federal 10.216, que finalmente reorienta a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento territorial, garantindo os direitos das pessoas com transtornos mentais.

“A lei 10.216 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. É no contexto da promulgação da lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade” (BRASIL, p. 8, 2005).

Essa lei simboliza uma reversão da situação de exclusão social da pessoa em situação asilar para aquela de cidadania e empoderamento. Outro marco histórico, para a saúde mental é a Conferência Regional para a reestruturação da Assistência Psiquiátrica que foi realizada em Caracas, em 1990. O Brasil e outros países da América Latina através do documento chamado Declaração de Caracas, comprometeram-se a promover a reestruturação da assistência psiquiátrica, rever criticamente o papel centralizador do hospital psiquiátrico, garantindo dignidade as pessoas portadoras de transtorno mental e tratamento na comunidade (HIRDES, 2009).

A partir destes marcos, passou-se a privilegiar a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. Priorizando a rede de atenção à saúde mental, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), leitos psiquiátricos em hospitais gerais, oficinas terapêuticas, residências terapêuticas, respeitando as particularidades e necessidades de cada situação (HIRDES, 2009).

O Ministério da Saúde por meio da Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica, em 2007, lançaram diretrizes gerais sobre inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica, considerando a realidade das equipes, bem como a demanda por atendimentos de pessoas com problemas de saúde mental (BRASIL, 2007).

No Relatório para “Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica”, de 2001 colocam que 56% das equipes de saúde da família referiram realizar alguma ação de saúde mental. Por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes da atenção básica são um recurso estratégico para o enfrentamento de sofrimento psíquico e uso abusivo de álcool e outras drogas.

O desenvolvimento da estratégia da Saúde da Família nos últimos anos e dos novos serviços substitutivos em saúde mental, em especial os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), marcam um progresso indiscutível da política do SUS. Ainda citam esse avanço na resolução dos problemas de saúde da população por meio da vinculação com equipes, mas não significa que estejam numa situação ideal, do ponto de vista da melhoria da atenção (BRASIL 2007).

O documento ainda trás que os CAPS, dentro da atual política de saúde mental do Ministério da Saúde, são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. Apesar de estratégico, o CAPS não é o único tipo de serviço de atenção em saúde mental. Aliás, a atenção em saúde mental deve ser feita dentro de uma rede

de cuidados. Estão incluídos nesta rede: a atenção básica, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros.

Existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis. Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde (BRASIL, p. 3, 2007).

Nesse contexto, a implementação de estratégias em saúde mental integradas à atenção básica surge como uma medida crucial e necessária. No entanto, a atenção básica nem sempre dispõe das condições adequadas para assumir essa responsabilidade significativa. Desafios como a escassez de recursos humanos e a falta de capacitação específica podem comprometer a eficácia das equipes em oferecer um cuidado integral. Além disso, o atendimento a indivíduos em sofrimento mental representa uma tarefa de grande complexidade, demandando elevada sensibilidade por parte dos profissionais envolvidos. Diante dessa realidade, torna-se imprescindível o estímulo ativo às políticas de saúde mental, visando fortalecer a capacidade da atenção básica em lidar com essas demandas, através de investimentos em treinamento, recursos e estratégias que facilitem um cuidado mais humanizado e eficiente (BRASIL, 2007).

Assumir este compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção de saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção da equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo. As ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Essas ações devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e nos princípios da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, p. 3, 2007).

Partindo dessa compreensão, urge a necessidade de estimular ativamente, às políticas de saúde mental. Silveira e Vieira (2009), em estudo sobre saúde mental e atenção básica buscaram conhecer os modos de cuidado partindo do pressuposto que os espaços de produção do cuidado à saúde mental na atenção primária podem contribuir para o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Procuraram conhecer os modos de cuidado oferecidos pelos profissionais da unidade, elencando para alguns eixos de análise: a noção de vínculo/acolhimento, de escuta da pessoa e de integralidade. Os resultados deste estudo apontaram que, nas ações de saúde mental na atenção básica, são predominantemente voltadas ao modelo biomédico de organização da atenção à saúde, a psiquiatrização do cuidado em

saúde mental, a burocratização do processo de trabalho e a centralização de interações psiquiátricas.

Tendo em vista essa necessidade expressa na política de saúde mental no SUS optou-se pela elaboração de uma cartilha com informações relevantes sobre o tema. Cruz (et. al., 2017), referem que esta ferramenta é um produto acessível ao público alvo que são os profissionais de saúde, sensibiliza de forma contínua, atualiza de modo claro e pode promover modificações na intervenção resultando em um cuidado mais seguro. Além de promover a interação entre o saber universitário com a comunidade, aumentando a disseminação do conhecimento.

As necessidades para a formulação do conhecimento de uma cartilha educativa, conforme aponta Giordani (2020), é que seja adequada ao público-alvo, com linguagem clara e objetiva, visual leve e atraente e, principalmente que considere a fidedignidade das informações.

Compreende-se que estruturar uma cartilha trata-se de um grande desafio, provocar e contribuir aos profissionais a promoverem saúde, bem como, sensibilizar a atuação como protagonista da rede de saúde.

Tendo em vista a necessidade de estimular ativamente os cuidados em saúde mental territoriais, na contramão da reforma psiquiátrica, atualmente a saúde mental no Brasil vive uma crise sem precedentes na história da reforma psiquiátrica. Por mais de trinta anos, o modelo de cuidado pautado na liberdade, respeito e autonomia das pessoas com transtornos mentais, avançou lenta, porém ininterruptamente. E desde 2016, pela primeira vez, vemos um processo acelerado de desmonte dos avanços alcançados pela reforma psiquiátrica (DELGADO, 2019).

O autor coloca que no período de dezembro de 2016 a maio de 2019, foram editados cerca de quinze documentos normativos, dentre portarias, resoluções, decretos e editais, que formam o que a nota técnica 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS veio a chamar de Nova Política Nacional de Saúde Mental (DELGADO, 2019).

Ele explica que essa nova política se caracteriza pelo incentivo à internação psiquiátrica e por sua separação da política sobre álcool e outras drogas, que passou a ser denominada política nacional sobre drogas, tendo esta grande ênfase no financiamento de comunidades terapêuticas e numa abordagem proibicionista e punitivista das questões advindas do uso de álcool e outras drogas (DELGADO, 2019).

Ele finaliza citando que as mudanças propostas configuram um retrocesso na política de saúde mental sustentada de acordo com a lei 10.216/2001, porém o longo e exitoso percurso da Reforma Psiquiátrica brasileira deve fornecer orientação para as estratégias de resistência ao desmonte da rede de atenção psicossocial, que está em andamento (DELGADO, 2019).

É crucial ressaltar que a pandemia de COVID-19 e as medidas de distanciamento social tiveram implicações psicossociais significativas para toda a comunidade. Diante desse cenário, a Organização Mundial da Saúde (OMS) enfatizou que, no primeiro ano da pandemia de COVID-19, a prevalência global de ansiedade e depressão aumentou em 25%. As preocupações em relação aos possíveis aumentos nas condições de saúde mental levaram 90% dos países pesquisados a incluir saúde mental e apoio psicossocial em seus planos de resposta à COVID-19. No entanto, persistem lacunas substanciais e preocupações nesse contexto (OPAS, 2022).

É importante ressaltar que, em 2019, aproximadamente um bilhão de pessoas ao redor do mundo, incluindo 14% dos adolescentes, viviam com algum transtorno mental. O suicídio representou mais de uma em cada 100 mortes, sendo que 58% desses suicídios ocorreram antes dos 50 anos de idade. Os transtornos mentais emergem como a principal causa de incapacidade, responsáveis por um em cada seis anos vividos com alguma forma de incapacidade. Notavelmente, indivíduos com condições graves de saúde mental têm uma expectativa de vida reduzida em 10 a 20 anos em comparação à população geral, predominantemente devido a doenças físicas que poderiam ser evitadas. Fatores como o abuso sexual infantil e o bullying são causas significativas de depressão. Ademais, desigualdades sociais e econômicas, emergências de saúde pública, conflitos armados e a crise climática constituem ameaças estruturais globais à saúde mental. Esses dados sublinham a urgência de adotar medidas concretas para melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados em saúde mental em níveis globais e locais (OPAS, 2022).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) também destacou que o estigma, a discriminação e as violações de direitos humanos contra pessoas com problemas de saúde mental são realidades comuns em comunidades e sistemas de atenção à saúde ao redor do mundo. A OMS aponta que 20 países ainda criminalizam a tentativa de suicídio, o que reflete a persistência de visões e políticas prejudiciais relacionadas à saúde mental. Além disso, em todas as nações, são as pessoas mais pobres e desfavorecidas que enfrentam o maior risco de desenvolver problemas de saúde mental. Esses grupos também são os menos propensos a ter

acesso a serviços de saúde mental adequados. Essas informações sublinham a necessidade urgente de políticas e intervenções que visem não apenas melhorar a prestação de cuidados em saúde mental, mas também combater o estigma e a discriminação, garantindo que os direitos humanos das pessoas afetadas sejam plenamente respeitados e protegidos (OPAS, 2022).

Quanto as consequências do COVID -19 na saúde mental, a OMS relata que “As informações que temos agora sobre o impacto do COVID-19 na saúde mental do mundo são apenas a ponta do iceberg” e alertam para que todos os países prestem mais atenção à saúde mental e façam um trabalho melhor no apoio à saúde mental de suas populações (OPAS, 2022).

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

- Construir cartilha informativa referente à política de saúde mental com enfoque na atenção básica de saúde e atendimento territorial aos usuários.

3.2. Objetivos Específicos

- Revisar a literatura sobre os o tema de saúde mental na tenção primária;
- Oferecer conhecimento sobre cuidado em saúde mental aos profissionais da Atenção Primária;
- Possibilitar a reflexão das questões de saúde mental a partir dos novos paradigmas propostos pela Reforma Psiquiátrica.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo foi desenvolvido no município de Palmas, localizado no sudoeste do estado do Paraná, o qual conta com uma população estimada de 52.503 pessoas conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2021). Este estudo foi desenvolvido em

2 etapas: levantamento bibliográfico e elaboração do material (ilustrações, layout, design e textos).

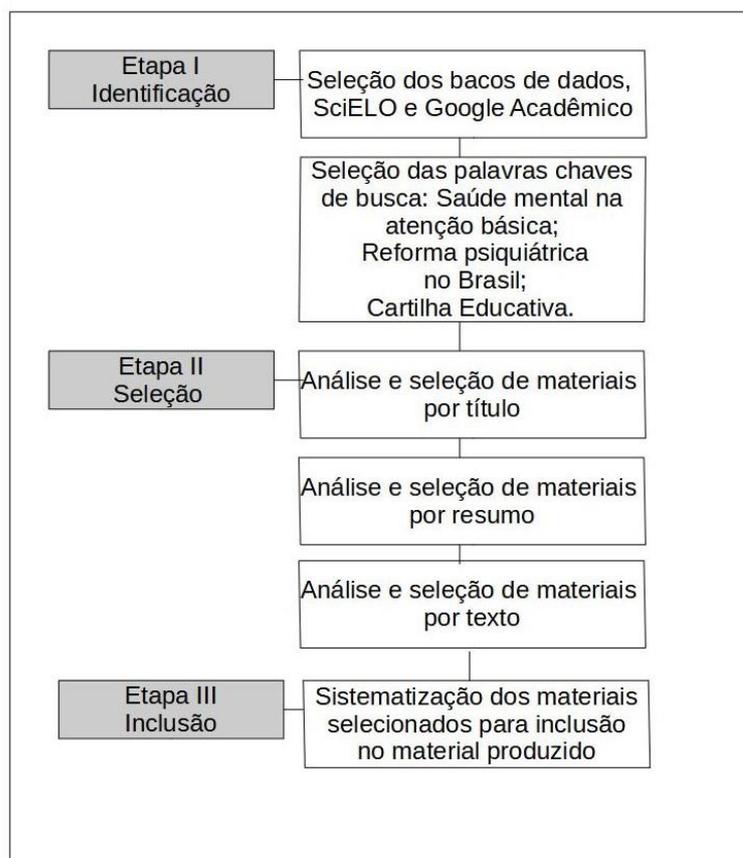
Caracteriza-se por uma pesquisa qualitativa do tipo metodológica. Buscou-se a elaboração de instrumentos e aplicação dos mesmos, de forma transversal (MORESI, 2003).

4.1 Levantamento Bibliográfico

A fim de compreender as temáticas que envolvem a saúde mental principalmente voltada no atendimento do usuário na atenção primária foi realizada uma revisão narrativa utilizando os seguintes descritores: Saúde Mental na Atenção Básica, Reforma Psiquiátrica Brasileira e Cartilha Educativa, onde foram encontrados os artigos e classificados para fundamentarem as informações do material. Também a pesquisa utilizou documentos públicos, portarias, leis e decretos que se tratam de instrumentos normativas e diretrizes a serem seguidas por uma política pública.

As revisões narrativas são amplas, próprias para descrever e discutir o desenvolvimento ou o “estado da arte” de um assunto sob o olhar teórico ou contextual. Essa categoria de pesquisa tem um papel fundamental para educação continuada, pois fornece informações qualitativas em curto espaço de tempo (ROTHER, 2007).

A seguir, fluxograma do processo de elaboração narrativa:



Fonte: original da autora.

4.2 Construção do material

A cartilha educativa foi ordenada através de estudos baseados em um levantamento de bibliográfico por meio de revisão narrativa descrita no item 4.1, onde foram encontrados os artigos e classificados para fundamentarem as informações do material.

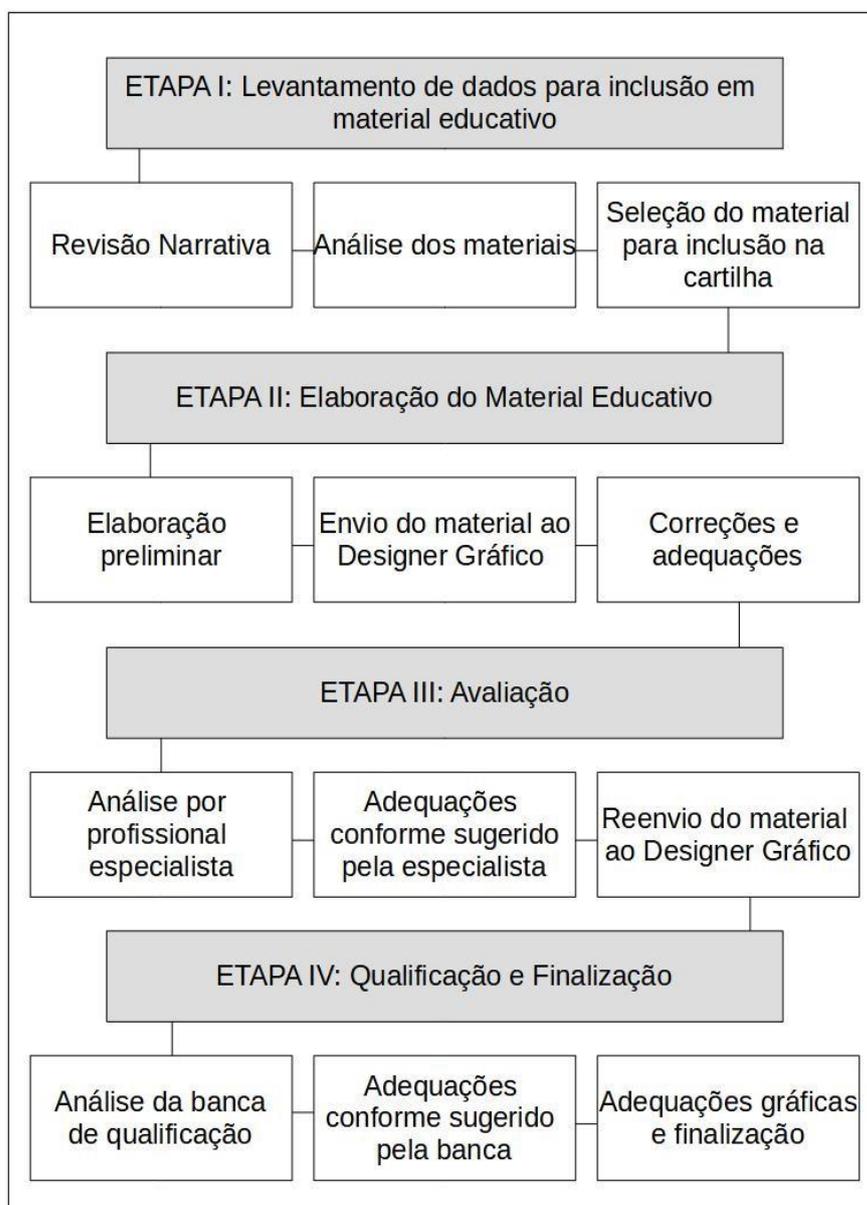
Também foi utilizado o Caderno da Atenção Básica com enfoque na saúde mental na Atenção Primária elaborada pelo Ministério da Saúde que traz as diretrizes necessárias para direcionamento da prática em saúde mental no território (BRASIL, 2013).

Após a definição dos conteúdos, a cartilha foi estruturada de acordo com os critérios estabelecidos no caderno de Atenção Básica - Saúde Mental. O roteiro foi elaborado por um profissional especializado em marketing e arte, que escolheu um modelo educativo para transmitir as informações previamente desenvolvidas pela pesquisadora. O design inclui ilustrações atrativas e de fácil compreensão.

A etapa de elaboração da cartilha envolve a elaboração textual, confecção das ilustrações e diagramação. A transformação da linguagem científica deve ser realizada de

forma a torná-la adequada a todas as pessoas, independente do grau de instrução. A proposta é que a cartilha permita fácil compreensão dos leitores, mesmo para os de pouca ou nenhuma escolaridade (DOAK; DOAK; ROOT, 1996). Com as ilustrações em mãos procedeu-se a formatação, configuração e diagramação das páginas.

A seguir, fluxograma do processo de elaboração da cartilha:



Fonte: original da autora.

5. ADERÊNCIA

Apresenta aderência à linha de pesquisa em Estratégias Interdisciplinares em Inovação e Promoção da Saúde. O foco desta cartilha é orientar os profissionais para o atendimento em saúde mental na atenção básica, envolvendo o cuidado no dia a dia a pessoa em sofrimento. Compreende-se que, quando os profissionais recebem orientações claras, são capazes de desempenhar suas funções de forma dinâmica, promovendo a saúde. Dessa maneira, as pessoas em sofrimento psíquico receberão um cuidado seguro.

6. IMPACTO

Os impactos esperados após a disponibilização da cartilha serão imediatos na vida do profissional da atenção primária, uma vez que o material é de fácil acesso e circulação tanto em ambientes de cuidado em saúde, públicos e privados, assim como ambiente acadêmico. Com o objetivo de promover a reflexão sobre o acompanhamento em saúde mental na atenção primária, buscamos fornecer estratégias de atendimento diante de uma pessoa com transtorno mental, além de encaminhá-la ao serviço especializado, quando necessário.

7. APLICABILIDADE

A cartilha pode ser facilmente divulgada, em meio virtual, sendo possível enviar através de redes sociais, endereço eletrônico ou ser divulgada de maneira impressa. Aplica-se aos profissionais da área da saúde e intenciona-se o fortalecimento da política de saúde mental e o atendimento humanizado. Busca-se elencar alguns conceitos importantes sobre os desafios da pessoa em sofrimento mental e com isso inspirar o profissional no cuidado estratégico que dá certo.

8. INOVAÇÃO

O caráter inovador é baixo, visto que há uma adaptação de conhecimento existente, baseado em publicações elaborou-se material de fácil acesso, com práticas baseadas em evidência, de modo claro, direto e com linguagem acessível. Destaca-se que o material pode ser um instrumento de fácil acesso utilizando tecnologias como celulares.

9. COMPLEXIDADE

A produção deste produto exigiu baixa complexidade, se utilizando de informações a ações.

10. PRODUTOS DESENVOLVIDOS

10.1 Produto escolhido: Cartilha educacional.

Resultados Esperados: Esclarecer, capacitar e instrumentalizar os profissionais responsáveis pelo cuidado em saúde mental na atenção básica de uma maneira leve, dinâmica, com linguagem clara e pautada em práticas baseadas em evidência, intencionando com isso preservar a segurança da pessoa em sofrimento mental e, por conseguinte transformar a relação de cuidado.

Produto esperado: Cartilha on-line e impressa.

Além disso, foi desenvolvido um capítulo chamado “Reforma Psiquiátrica Brasileira”, publicado no livro “Estratégias interdisciplinares”, no ano de 2021. O produto é apresentado como apêndice do presente estudo. O Capítulo de livro não é o foco do nosso trabalho, sendo que o produto principal foi a cartilha.

11. RESULTADOS E DISCUSSÕES

11.1 Cartilha

Após a análise do material bibliográfico, foi elaborada a cartilha intitulada: Cuidado em Saúde Mental: Um Guia de orientação em saúde mental na atenção básica.

O produto está apresentado em sequência e abaixo foram discutidos os pontos relevantes para elaboração de cada página.

Como título, pensamos em “Cuidado em Saúde Mental: Um Guia de orientação em saúde mental na atenção básica”, justamente para apresentar a área que irá cuidar e ser demanda pelos profissionais que irão ler a cartilha. As ilustrações foram pensadas para remeter reflexão e acolhimento.

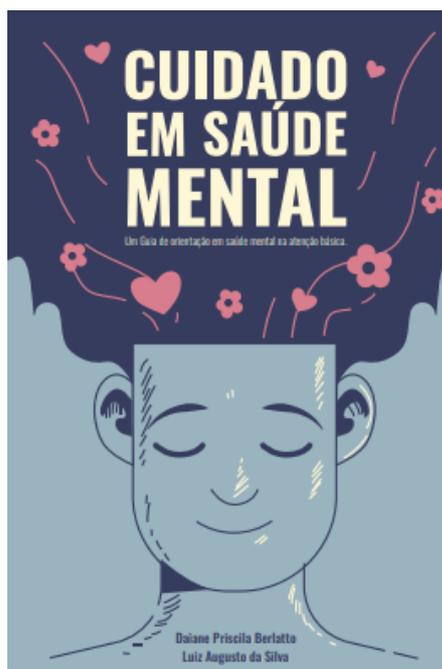


Figura 1. Capa

A página 3 remete a construção mental em sua ilustração, de forma multidisciplinar. Já o texto, se remete justamente entre a atuação entre usuário e profissionais, enfermeiros, médicos, agente comunitário de saúde, entre outros.

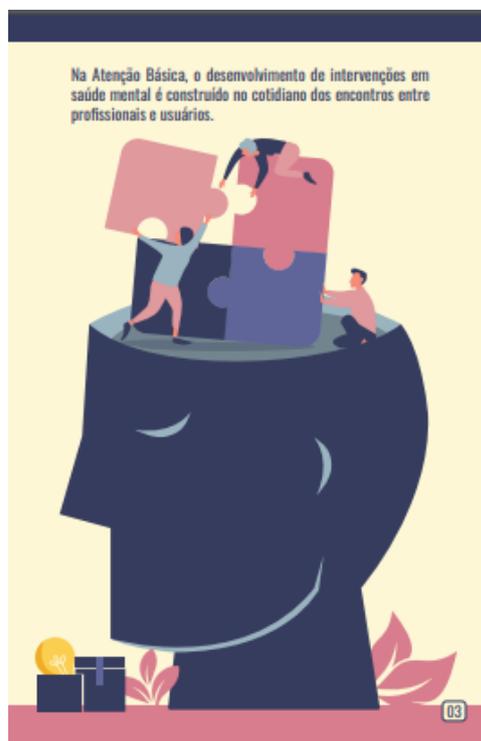


Figura 2

A página 6, trás informações acerca do conceito de saúde mental, segundo a OMS, conceitos básicos precisar estar claro aos profissionais. Na sequência da página 6 e início da página 7 as informações sobre estigma e preconceito, conforme o autor Jorge (2013): “Estes sentimentos e atitudes diante do indivíduo em sofrimento psíquico (ou da pessoa rotulada como “louca” ou com transtorno mental), agravam ainda mais a situação de não pertencimento, de segregação, de exclusão”. Ou seja, atentar-se a atitudes na prática profissional que possam agravar a situação de não pertencimento.

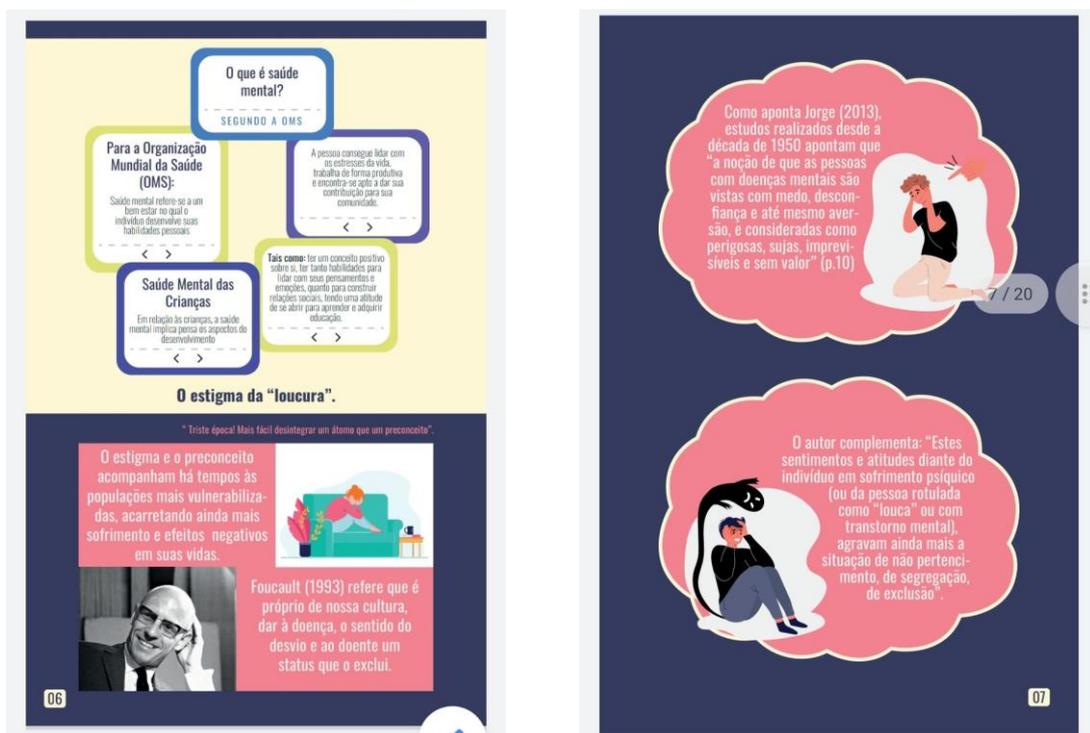


Figura 3 e 4.

Na página 8, há uma descrição de algumas das possíveis consequências dos estigmas sofridos pelas pessoas em sofrimento mental, que acabam persistindo ao longo da história. E ao final da página 8 foi citada, Nise da Siqueira, é pioneira da terapia ocupacional e do uso da arte como ferramenta terapêutica no Brasil, colocava as pessoas em primeiro lugar de maneira sensível, porém estudada e objetiva:

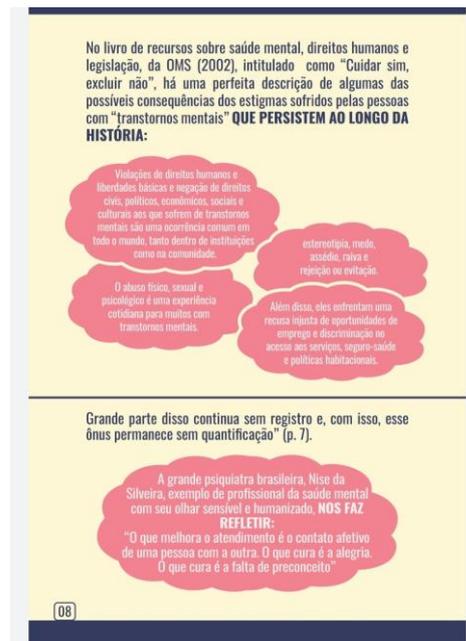


Figura 5.

As páginas 9 e 10 possibilitam refletir sobre um momento histórico onde as pessoas em sofrimento saúde mental, passaram por situações violentas. O Conselho de Psicologia lançou a campanha "Luta Antimanicomial" em alusão a Reforma Psiquiátrica Brasileira, afirmando: "Rememorar para nunca mais se repetir o horror". As imagens trazem a realidade de como as pessoas eram acomodadas nos hospitais psiquiátricos.

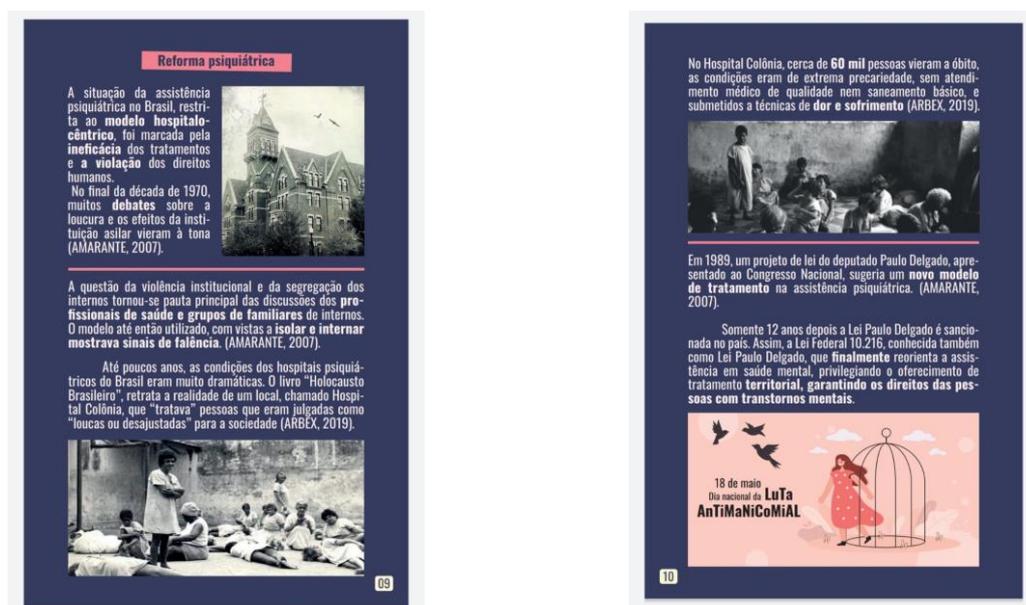


Figura 6.

Na página 11, informação sobre normativas que possibilitam a reflexão das questões de saúde mental, a partir dos novos paradigmas propostos pela Reforma Psiquiátrica.



Figura 7.

Na página 12, o objetivo foi trazer a reflexão sobre território que simboliza, conhecer a população, o ambiente e suas relações. O foco do cuidado no território, organizado a partir da Atenção Básica.



Figura 8.

Nas páginas 13 e 14, estão resumidas algumas ações terapêuticas básicas e essenciais no atendimento diário dos usuários que procuram o serviço.

Algumas vezes todo profissional de Saúde já se sentiu inseguro, surpreso ou sem saber como agir assim que identificou uma demanda de saúde mental. O cuidado em saúde mental

não é algo de outro mundo ou para além do trabalho cotidiano na Atenção Básica. Pelo contrário, as intervenções são concebidas na realidade do dia a dia do território, com as singularidades dos pacientes e de suas comunidades (BRASIL, 2013).



Figura 9.

Na página 15 está disponível o conceito de promoção da saúde e recursos indispensáveis para ter saúde, quando se discute saúde mental ela necessariamente está ligada ao estilo de vida, ambiente, hábitos, etc, que a pessoa está inserida. O objetivo da informação é trazer a reflexão do profissional quanto a fatores sociais, econômicos e culturais.

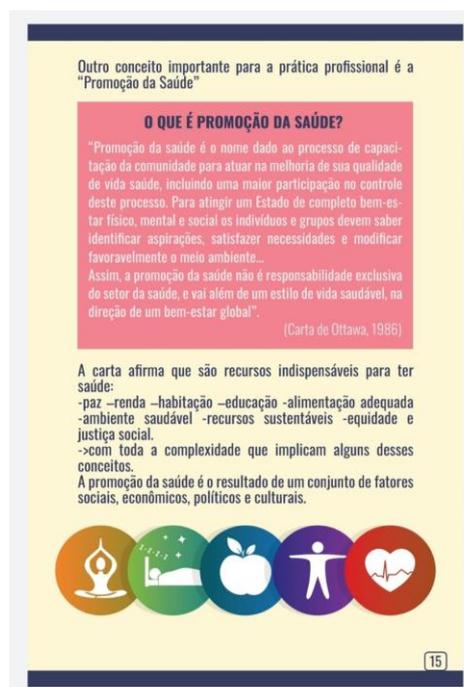


Figura 10

Na página 16, está citado o documento de estratificação de risco em saúde mental, que a partir dele, o profissional avalia o risco e faz os encaminhamentos necessários de forma correta. Que através da entrevista o usuário pode apresentar baixo risco em saúde mental e permanecer nos atendimentos da atenção básica, os usuários que apresentam médio risco em saúde mental apresentam perfil para atendimento no ambulatório e alto risco em saúde mental será necessário o atendimento do serviço especializado, ou seja, o CAPS, nos municípios que possuem esse dispositivo. Evitando assim encaminhamentos desnecessários e sem critério de avaliação.

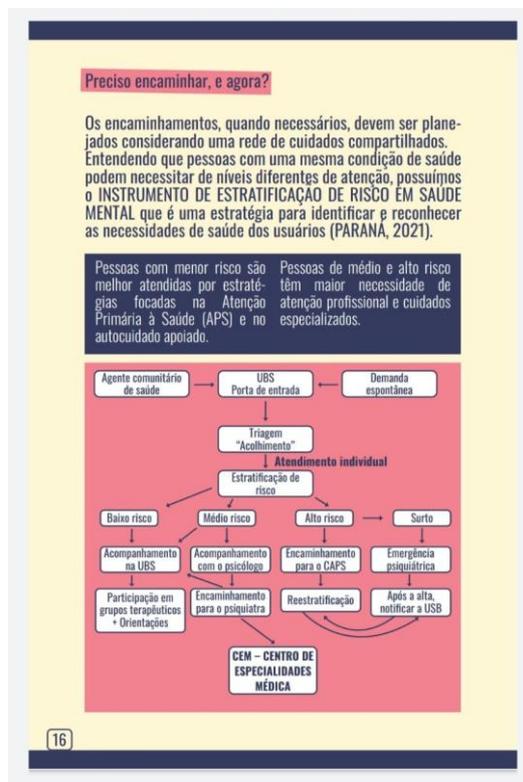


Figura 11.

Na página 17, a arte de entender o “louco” transcende e requer profundidade e reflexões. A frase foi dita por um esquizofrênico que usava a arte para expressar.



Figura 12

12. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inclusão das ações de saúde mental como prática das equipes de saúde da família reforça não apenas os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) da universalidade, equidade e integralidade, mas contribui para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Os profissionais de diferentes pontos de atenção em saúde através de suas abordagens são as principais fontes de informações para replicar conhecimento de forma clara e confiável.

Importante destacar que a pandemia de COVID-19 e as medidas de distanciamento social trouxeram implicações psicossociais par toda a comunidade, diante disso a Organização Mundial da Saúde (OMS) destacou que no primeiro ano da pandemia de COVID-19, a prevalência global de ansiedade e depressão aumentou em 25% (OPAS, 2022).

Quanto as consequências do COVID -19 na saúde mental, a OMS relata que “As informações que temos agora sobre o impacto do COVID-19 na saúde mental do mundo são apenas a ponta do iceberg” e alertam para que todos os países prestem mais atenção à saúde mental e façam um trabalho melhor no apoio à saúde mental de suas populações (OPAS, 2022).

A saúde mental é uma problemática emergente no Brasil e no mundo, desta forma destaca-se a necessidade de ações de prevenção e promoção da saúde, bem como garantia de tratamento adequado tanto na atenção primária, quanto nos serviços especializados. Conhecer

sobre o assunto amplia nossa visão e cuidado em relação à pessoa que possui sofrimento mental e nos permite entender que saúde mental, vai além das práticas manicomialistas muitas vezes manifestadas na atualidade, assim, a cartilha educativa pretende trazer essa reflexão aos profissionais que diariamente se deparam com essa demanda.

13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BALLONE, Geraldo J. **Humanização do Atendimento em Saúde**. [S. 1.: s.n.], 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica - Saúde Mental**, Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano nacional de saúde 2020-2023**. Brasília, 2020.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: outubro/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório final**. Brasília, 1986.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017 **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União - DOU, v. 183, n. Seção 1, p. 67–76, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 06 ago. 2021.

CARVALHO, Antônio Ivo de. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: Fase/Ibam, 1995.

COSTA FJ, Orsini ACR, Carneiro JS. **Variações de mensuração por tipos de escalas de verificação: Uma análise do construto de satisfação discente**. Rev Gestão Org. 2018;16(2):132–44. DOI: 10.21714/1679-18272018v16n2.p132-144

COLUCI MZO, Alexandre NMC, Milani D. **Construção de instrumentos de medida na área da saúde**. Ciências da Saúde Coletiva 2015;20(3):925–36. DOI: 10.1590/1413-81232015203.04332013

CORREIA, V. R., BARROS, S. e COLVERO, L. A. **Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família**. Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]. 2011, v. 45, n. 6, pp. 1501-1506. Acesso em: 06 ago. 2021.

CURY, Augusto. **Nunca Desista de Seus Sonhos**, 2009.

CRUZ, V. S. F. **Uso de cartilhas educativas como formas de continuidade da educação em saúde**. Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia. v. 4, n. 8, 2017.

DELGADO, Pedro Gabriel. **Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte**. Trabalho, Educação e Saúde [online]. 2019, v. 17, n. 2, e0020241. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/zV7FgHGZww6WWRfsgDK7bkn/?lang=pt>. Acesso em: 27 set. 2022.

GIORDANI, A. T. **Normas editoriais, orientação aos autores: cartilhas**. Cornélio Procópio: Editora UENP, 2020.

HARADA, M. J. C. S. e PEDREIRA, M. L. G. O erro humano e sua prevenção. In: BRASIL, **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Brasília: Anvisa, 2017.

HIRDES, Alice. **A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2009, v. 14, n. 1, pp. 297-305. Acesso em: 05 jul. 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Brasil, Paraná, Palmas**, 2021. Disponível em < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/palmas/panorama>>. Acesso em: 05 jul. 2021.

JUNIOR, HMF; DESVIAT, M; SILVA, PRF. **Reforma Psiquiátrica no Rio de Janeiro: situação atual e perspectivas futuras**. Ciênc. Saúde Coletiva, v.21, n.5, s/p, 2016.

JUCÁ, V. J. S. **A multivocalidade da cura na saúde mental: uma análise do discurso psiquiátrico**. Ciência e Saúde Coletiva, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 771- 779, 2005.

JORGE, Maria Salete Bessa et al. Promoção da Saúde Mental - **Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, corresponsabilização e autonomia**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2011, v. 16, n. 7, pp. 3051-3060. Acesso em: 25 mar. 2022.

MORESI, E.A.D. **Apostila de metodologia da pesquisa**. Brasília: Universidade Católica de Brasília, 2003.

Oliveira, Edmar e Szapiro, Ana. **Porque a Reforma Psiquiátrica é possível**. Saúde em Debate [online]. 2020, v. 44, spe 3, pp. 15-20. Acesso em: 25 mar. 2022.

Organização Pan-Americana de Saúde. (2022). **Folha informativa sobre saúde mental**. Disponível em < <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao>. Acesso em: 25 mar. 2022.

Organização Pan-Americana de Saúde. (2022). **Folha informativa sobre pandemia de COVID – 19 e ansiedade**. Disponível em < <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>>. Acesso em: 25 mar. 2022.

PASQUALI L. **Teoria e métodos de medida em ciências do comportamento**. Brasília: Ministério da Educação; 1996.

RAIMUNDO, J.S. da SILVA, R.B. **Reflexões acerca do predomínio do modelo biomédico no contexto da Atenção Básica de Saúde no Brasil**. Revista Mosaico, v.11, n.2, p. 109 - 116, 2020.

SOUSA, P. F., MACIEL, S. C. e MEDEIROS, K. T. **Paradigma Biomédico X Psicossocial: Onde são Ancoradas as Representações Sociais Acerca do Sofrimento Psíquico?** Trends in Psychology [online]. 2018, v. 26, n. 2, pp. 883-895. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tpsya/KpjrW4hrdsLPCQZ5sJrbYs/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 ago. 2021.

SILVEIRA, Daniele Pinto da e Vieira, Ana Luiza Stiebler. **Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2009, v. 14, n. 1, pp. 139-148. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63014115>. Acesso em: 25 mar. 2022.

ROTHER, Edna Terezinha. **Revisão sistemática X revisão narrativa**. Acta Paulista de Enfermagem [online]. 2007, v. 20, n. 2, pp. v-vi. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/ape/a/z7zZ4Z4GwYV6FR7S9FHTByr/?lang=pt>. Acesso em: 31 out. 2022.

WHO. **Declaração de alma-ata**. Conferencia Internacional de Cuidados Primarios. Alma-Ata: [s.n.], 1978.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - CAPÍTULO DE LIVRO: “REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA”.

ESTUDOS INTERDISCIPLINARES EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

LUIZ AUGUSTO DA SILVA
CARLOS EDUARDO ANDRADE IATSKIU
ORGANIZADORES



2021



CAPÍTULO 9

REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Daiane Priscila Berlatto, Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde, Centro
Universitário Guairacá

Carlos Eduardo Andrade Iatskiu, Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde,
Centro Universitário Guairacá

Luiz Augusto da Silva, Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde, Centro
Universitário Guairacá

RESUMO

A concepção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi criar uma estratégia de enfrentamento das principais vulnerabilidade ou agravos que são acometidos pelas doenças em pessoas que ligado a fatores no meios em que vivem. Assim, a RAPS traz princípios em sua prática ética, pelo respeito aos direitos humanos, cidadania, combate a estigmas e preconceitos, aumento de qualidade na oferta de ações e serviços oferecidos à população. Assim o objetivo desse trabalho é investigar como ocorre a reforma psiquiátrica brasileira e como as diretrizes do Rap através de um fórum podem devem potencializar a ampliação do seu atendimento para comunidade com comprometimento comunicação e articulação entre os profissionais para que ocorra um melhor atendimento da população. Dessa forma observamos que um dos principais sucessos na implantação e principalmente desenvolvimento entre os dispositivos que são base para o Sistema Único de Saúde brasileiro apontam que a proposta dessa portaria que vincula a fortalecendo o direito de um atendimento humanizado e o compromisso com os serviços da rede para que ocorra uma distribuição dos recursos para o amplo de saúde para um olhar da saúde mental que desce uma das premissas da saúde pública no Brasil. Para que ocorra uma atenção ideal e integral através das redes investigadas ocorrem diversos tipos de enfrentamento aos obstáculos que são gerenciados pela gestão assim as reformas da aula manicomial é extremamente importante para o desenvolvimento do atendimento ao usuário e consequentemente as necessidades da população melhorando o acesso aos serviços para o atendimento à saúde mental relacionando Principalmente uma circulação do usuário através de abrangência do atendimento ao paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental; Atendimento Social; Serviço em Rede; CAPS; NAPS.

INTRODUÇÃO

Através da Portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011, foi instituído a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011).



Um dos principais objetivos da RAPS é trazer o cuidado que segure direitos de saúde às pessoas que possuem sofrimento ou transtorno mental, e que necessitem de tratamento para o vício em drogas como o uso de crack, o álcool e outras. Assim, ocorre o atendimento integral e humanizado (NOBREGA et al, 2016).

A concepção da RAPS é criar uma estratégia de enfrentamento das principais vulnerabilidades ou agravos que são acometidos pelas doenças em pessoas que ligadas a fatores no meio em que vivem. Assim, a RAPS traz princípios em sua prática ética, pelo respeito aos direitos humanos, cidadania, combate a estigmas e preconceitos, aumento de qualidade na oferta de ações e serviços oferecidos à população (MÂNGIA, 2008).

Assim o objetivo desse trabalho é investigar como ocorre a reforma psiquiátrica brasileira e como as diretrizes do Rap através de um fórum podem e devem potencializar a ampliação do seu atendimento para comunidade com comprometimento comunicação e articulação entre os profissionais para que ocorra um melhor atendimento da população.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para entender o processo atual da reforma psiquiátrica brasileira é importante discutir os antecedentes do processo, os conceitos que caracterizaram o movimento até a reforma atual, para assim, se desligar do modelo asilar e partir para a reestruturação da política pública de saúde mental.

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil vem do movimento sanitário, nos anos 70. Embora vindo da Reforma Sanitária, o processo tem sua história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar (BRASIL, 2005).

Até poucos anos, as condições dos hospitais psiquiátricos do Brasil eram muito dramáticas. O livro “Holocausto Brasileiro”, retrata a realidade de um local, chamado Hospital Colônia, que “tratava” pessoas que eram julgadas como “loucas ou desajustadas” para a sociedade.

A autora Daniela Arbex (2019), coloca que em 1979 o psiquiatra italiano Franco Basaglia, pioneiro da luta pelo fim dos manicômios esteve no Brasil e conheceu o Colônia. Em seguida chamou uma coletiva de imprensa no qual afirmou: “Estive hoje em um campo de concentração Nazista em lugar nenhum do mundo presenciei uma tragédia como esta”.

No Hospital Colônia, cerca de 60 mil pessoas vieram a óbito, as condições eram de extrema precariedade, sem atendimento médico de qualidade nem saneamento básico, e

submetidos a técnicas de dor e sofrimento. As pessoas que eram internadas no hospital eram indesejadas na família e na sociedade, homossexuais, pretos, prostitutas e pessoas com deficiências (ARBEX, 2019).

A partir das descobertas e denúncias da forma de tratamento dentro dos hospícios no Brasil, fraudes no sistema de financiamento e pouca ou nenhuma valorização dos profissionais da saúde, foi criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). A partir do movimento, o autor Fernando Tenório (2002) coloca que combinando reivindicações trabalhistas e um discurso humanitário, o movimento posteriormente alcançou repercussão e, nos anos seguintes liderou os acontecimentos que fizeram avançar a luta até seu caráter definitivamente antimanicomial.

Nesse período, as discussões sobre os direitos das pessoas com transtorno mental permaneceram limitadas, mas com as intenções reformadoras fomentaram amadurecimento e perspectiva. Nesse período o autor refere que:

“Quanto à incorporação de novos protagonistas, o então já denominado Movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira teve como ponto de virada dois eventos do ano de 1987, a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o posterior II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. A realização desse encontro foi decidida durante a I Conferência, pela constatação de que a perspectiva sanitarista de incorporar as propostas reformistas nas políticas oficiais vinha sendo anulada pela resistência passiva ou ativa da iniciativa privada, da estrutura manicomial, da burocracia estatal e do conservadorismo psiquiátrico” (TENÓRIO, p. 34, 2002).

Com a necessidade de iniciativas importantes para a normatização e garantia dos direitos das pessoas, BRASIL, (2005) coloca que no ano de 1989, entra no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. É o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo.

Somente 12 anos depois a Lei Paulo Delgado é sancionada no país. Assim, a Lei Federal 10.216, conhecida também como Lei Paulo Delgado, que finalmente reorienta a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento territorial, garantindo os direitos das pessoas com transtornos mentais.

“A lei 10.216 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. É no contexto da promulgação da lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade” (BRASIL, p. 8, 2005).

Essa lei simboliza uma reversão da situação de exclusão social da pessoa em situação asilar para aquela de cidadania e empoderamento.

Outro marco histórico segundo a autora Alice Hirdes (2009), para a saúde mental é a Conferência Regional para a reestruturação da Assistência Psiquiátrica que foi realizada em Caracas, em 1990. O Brasil e outros países da América Latina através do documento chamado Declaração de Caracas, comprometeram-se a promover a reestruturação da assistência psiquiátrica, rever criticamente o papel centralizador do hospital psiquiátrico, garantindo dignidade as pessoas portadoras de transtorno mental e tratamento na comunidade.

A partir destes marcos, aponta que passou a privilegiar a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. Priorizando a rede de atenção à saúde mental, Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, oficinas terapêuticas, residências terapêuticas, respeitando as particularidades e necessidades de cada situação (HIRDES, p. 298, 2009).

“As iniciativas dos municípios, em que pese a vontade política dos gestores municipais, passaram a ser ressarcidas através das portarias ministeriais, objetivando o deslocamento dos recursos para modalidades alternativas à internação psiquiátrica e compatibilizando os procedimentos das ações de saúde mental com o modelo assistencial” (HIRDES, 2009).

O termo desinstitucionalização significa deslocar o centro da atenção da instituição para a comunidade e território. Para (HIRDES, 2009), o mal obscuro da psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a doença, da existência global complexa e concreta das pessoas e do corpo social.

Para discutir cuidado em saúde mental é necessário rever conceitos essenciais na doença mental, entender que não é meramente uma questão de sintomas mas uma questão de existência, uma vez que o transtorno prejudica questões objetivas, como trabalho, moradia, relações interpessoais e vivências subjetivas. O autor Fernando Tenório (2002) menciona que:

“Assim, recusa-se uma abordagem exclusivamente sintomatológica da doença mental, em benefício da criação de uma clínica psiquiátrica renovada, deslocando o processo do tratamento da figura da doença para a pessoa doente. Sem dispensar o saber tradicional da clínica, a psiquiatria dita renovada incorpora outros saberes, outros procedimentos e outras preocupações. No vocabulário da reforma psiquiátrica consagrou-se a expressão clínica ampliada para denotar esse novo paradigma” (TENÓRIO, p. 34, 2002).

Em Janeiro de 1992, a portaria 224 do Ministério da Saúde aperfeiçoou a regulamentação dos CAPS – Centro de Atenção Psicossocial e NAPS – Núcleo de Apoio Psicossocial que divide o atendimento de saúde mental em dois grandes, o hospitalar e o ambulatorial. O primeiro compreende internação de no máximo 45 dias corridos e a semi-



internação em hospital-dia, recurso intermediário entre internação e ambulatório). E o atendimento ambulatorial compreende o atendimento tradicional clínico e os CAPS e NAPS, considerados ambulatorios no sentido amplo, com estrutura específica (TENÓRIO, 2002).

“Os NAPS e CAPS são definidos como unidades de saúde locais/regionais que contam com população adscrita pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional. Pela regulamentação legal, devem oferecer os seguintes atendimentos: individual; grupos (psicoterapia, grupo operativo, oficina terapêutica, entre outras); visitas domiciliares; atendimento à família e atividades comunitárias enfocando a integração da pessoa na comunidade e sua inserção social (TENÓRIO, p. 42, 2002).

Em 1997, observou-se a redução de leitos psiquiátricos acompanhada da criação de CAPS e NAPS, apesar de insuficiente o processo caminhava consistente e promissor.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira é um movimento sociopolítico que a partir de 1989, instalou-se nos meios profissionais e científicos um importante debate sobre a mudança dos acompanhamentos terapêuticos.

Este debate ainda é uma das marcas do processo de reforma no Brasil, e está presente nas universidades, nos serviços de atendimento, nos congressos científicos e na mídia.

A reforma psiquiátrica é a tentativa de dar a loucura uma outra resposta social, não asilar evitar a internação como destino, agenciar a loucura o problema social da loucura de modo a permitir que o louco mantenha-se na sociedade (TENÓRIO, 2002).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dessa forma observamos que um dos principais sucessos na implantação e principalmente desenvolvimento entre os dispositivos que são base para o Sistema Único de Saúde brasileiro apontam que a proposta dessa portaria que vincula a fortalecendo o direito de um atendimento humanizado e o compromisso com os serviços da rede para que ocorra uma distribuição dos recursos para o amplo de saúde para um olhar da saúde mental que desce uma das premissas da saúde pública no Brasil.

Para que ocorra uma atenção ideal e integral através das redes investigadas ocorrem diversos tipos de enfrentamento aos obstáculos que são gerenciados pela gestão assim as reformas da ala manicomial é extremamente importante para o desenvolvimento do atendimento ao usuário e consequentemente as necessidades da população melhorando o acesso aos serviços para o atendimento à saúde mental relacionando Principalmente uma circulação do usuário através de abrangência do atendimento ao paciente.

Assim gerenciamento de recursos humanos traz foco na demanda da rede de enfrentamento são desafios que ligam os profissionais da saúde mental ao serviço e ao bom atendimento da RAPS.

REFERÊNCIAS

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro: genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil**. São Paulo: Geração, 2019.

BRASIL, 2011. 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. Ministério da Saúde. Brasília. Recuperado em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. **Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas**. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

HIRDES, Alice. **A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2009, v. 14, n. 1 [Acessado 5 Julho 2021] , pp. 297-305. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100036>>. Epub 20 Jan 2009. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100036>.

MÂNGIA, E. F., MURAMOTO, M. T. Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. *Revista De Terapia Ocupacional Da Universidade De São Paulo*, 19(3), 176-182. 2008 <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v19i3p176-182>

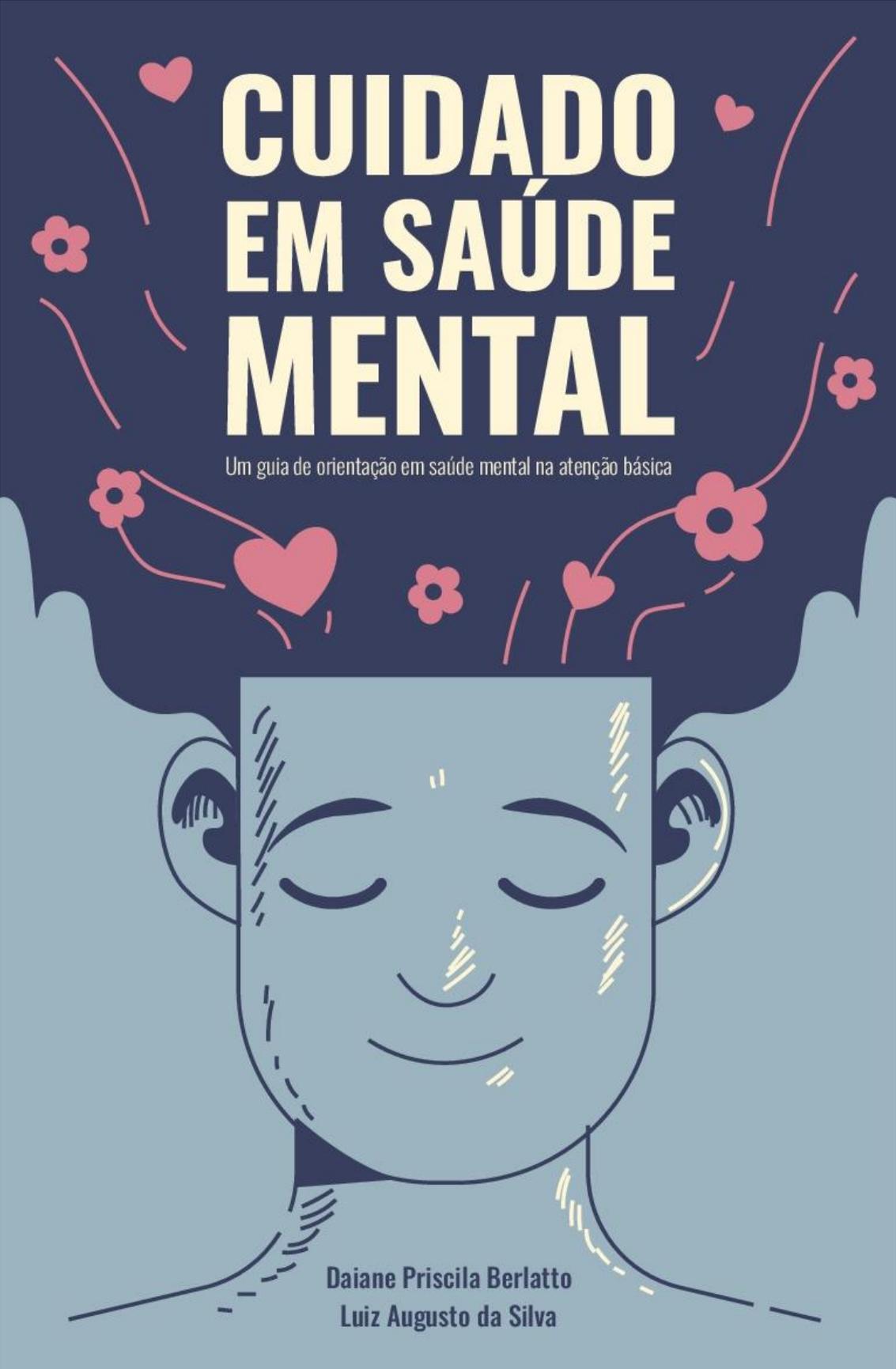
NÓBREGA, M, P.; SILVA, G,B,F, SENA, A,C,R. Funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS no município de São Paulo, Brasil: perspectivas para o cuidado em Saúde Mental. Atas - Investigação Qualitativa em Saúde. V.2, p.41-49, 2016.

TENÓRIO, Fernando. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito**. História, Ciências, Saúde - Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9, jan.-abr. 2002.

APÊNDICE 2 - CARTILHA EDUCATIVA

CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Um guia de orientação em saúde mental na atenção básica



Daiane Priscila Berlatto
Luiz Augusto da Silva



CUIDADO EM SAÚDE MENTAL:
Um guia de orientação em saúde mental na atenção básica

Criação e Desenvolvimento:

Daiane Priscila Berlatto
Luiz Augusto da Silva

Produto do Mestrado Profissional Interdisciplinar em
Promoção da Saúde Linha de Pesquisa: Estratégias
Interdisciplinares em Inovação e Promoção da Saúde

Na Atenção Básica, o desenvolvimento de intervenções em saúde mental é construído no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários.



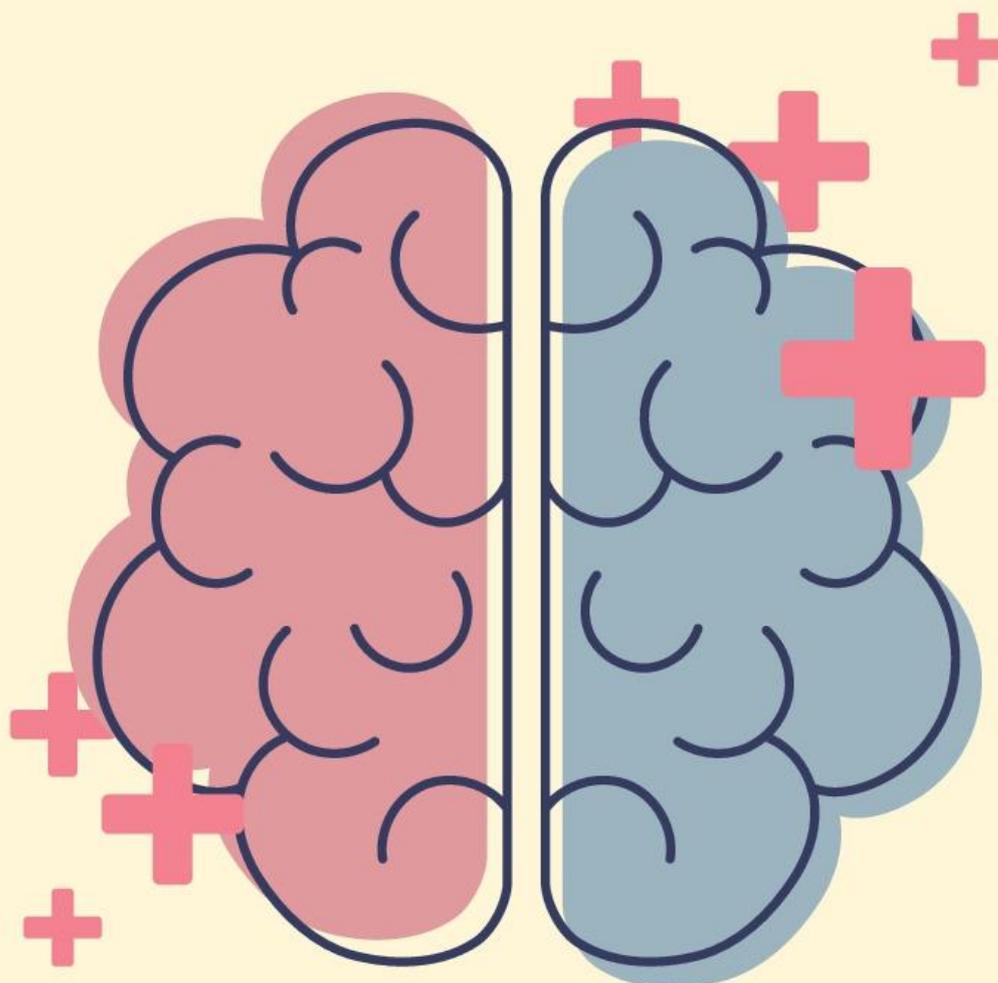
O que você vai encontrar aqui:

1. O que é Saúde Mental?	07
2. Promoção da saúde	07
3. O estigma da “loucura”	08
4. Reforma psiquiátrica	11
5. Atenção Básica e Saúde Mental - Você pode começar introduzir um novo olhar sobre Saúde Mental	14
6. Ações terapêuticas comuns aos profissionais da Atenção Básica.....	15
7. A potência do acolhimento	16
8. Preciso encaminhar, e agora?	17
9. Considerações finais	19

Vivam a imaginação,
pois ela é a nossa realidade
mais profunda

Nise da Silveira

Ao longo deste Guia discutiremos formas para enfrentar os desafios que se colocam para a realização do cuidado em saúde mental na Atenção Básica e alguns conceitos básicos para os profissionais da saúde.



Boa leitura!

O que é Saúde Mental?

SEGUNDO A OMS

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS):

Saúde mental refere-se a um bem-estar no qual o indivíduo desenvolve suas habilidades pessoais

< >

A pessoa consegue lidar com os estresses da vida, trabalha de forma produtiva e encontra-se apto a dar sua contribuição para sua comunidade

< >

Saúde Mental das Crianças

Em relação às crianças, a saúde mental implica pensar os aspectos do desenvolvimento

< >

Tais como: ter um conceito positivo sobre si, ter tanto habilidades para lidar com seus pensamentos e emoções, quanto para construir relações sociais, com liberdade para se comunicar para aprender e adquirir informações

< >

Quem necessita de cuidados em saúde mental?

A Política Nacional de Saúde Mental compreende as estratégias e diretrizes para organizar a assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados em saúde mental, tais como depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo compulsivo, incluindo o uso abusivo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2020).

Outro conceito importante para a prática profissional é a “Promoção da Saúde”

O QUE É PROMOÇÃO DA SAÚDE?

“Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um Estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente...”

Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor da saúde, e vai além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global”.

(Carta de Ottawa, 1986)

A carta afirma que são recursos indispensáveis para ter saúde:

-paz –renda –habitação –educação -alimentação adequada
-ambiente saudável -recursos sustentáveis -equidade e justiça social.

->com toda a complexidade que implicam alguns desses conceitos.

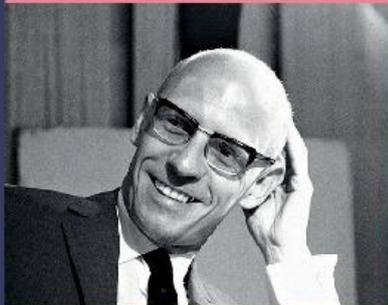
A promoção da saúde é o resultado de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos e culturais.



O estigma da “loucura”

“ Triste época! Mais fácil desintegrar um átomo que um preconceito.” (Albert Einstein)

O estigma e o preconceito acompanham há tempos às populações mais vulnerabilizadas, acarretando ainda mais sofrimento e efeitos negativos em suas vidas.



Foucault (1993) refere que é próprio de nossa cultura, dar à doença, o sentido do desvio e ao doente um status que o exclui.

Como aponta Jorge (2013), estudos realizados desde a década de 1950 apontam que “a noção de que as pessoas com doenças mentais são vistas com medo, desconfiança e até mesmo aversão, e consideradas como perigosas, sujas, imprevisíveis e sem valor” (p.10)



O autor complementa: “Estes sentimentos e atitudes diante do indivíduo em sofrimento psíquico (ou da pessoa rotulada como “louca” ou com transtorno mental), agravam ainda mais a situação de não pertencimento, de segregação, de exclusão”.



No livro de recursos sobre saúde mental, direitos humanos e legislação, da OMS (2002), intitulado como “Cuidar sim, excluir não”, há uma descrição de algumas das possíveis consequências dos estigmas sofridos pelas pessoas com “transtornos mentais” **QUE PERSISTEM AO LONGO DA HISTÓRIA:**

Violações de direitos humanos e liberdades básicas e negação de direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais aos que sofrem de transtornos mentais são uma ocorrência comum em todo o mundo, tanto dentro de instituições como na comunidade.

estereotipia, medo, assédio, raiva e rejeição ou evitação.

O abuso físico, sexual e psicológico é uma experiência cotidiana para muitos com transtornos mentais.

Além disso, eles enfrentam uma recusa injusta de oportunidades de emprego e discriminação no acesso aos serviços, seguro-saúde e políticas habitacionais.

Grande parte disso continua sem registro e, com isso, esse ônus permanece sem quantificação” (Organização Mundial da Saúde (2011).

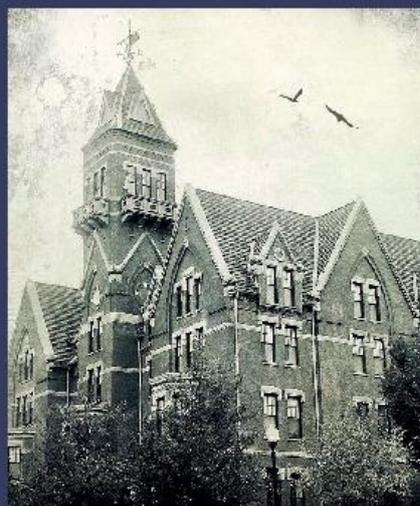
A grande psiquiatra brasileira, Nise da Silveira¹, exemplo de profissional da saúde mental com seu olhar sensível e humanizado, **NOS FAZ REFLETIR:** “O que melhora o atendimento é o contato afetivo de uma pessoa com a outra. O que cura é a alegria. O que cura é a falta de preconceito”

¹ Nise da Silveira fez sua passagem do campo da neurologia para a psiquiatria e combateu práticas como o eletrochoque, o coma insulínico e a lobotomia. Ao abandonar as práticas médicas convencionais, propôs a utilização de atividades expressivas como método não agressivo. Sua história é referência para práticas atuais na terapia ocupacional. A partir dela arte, cultura e loucura ganham novos sentidos (MELO, 2009).

Reforma psiquiátrica

A situação da assistência psiquiátrica no Brasil, restrita ao **modelo hospitalocêntrico**, foi marcada pela **ineficácia** dos tratamentos e a **violação** dos direitos humanos.

No final da década de 1970, muitos **debates** sobre a loucura e os efeitos da instituição asilar vieram à tona (AMARANTE, 2007).



A questão da violência institucional e da segregação dos internos tornou-se pauta principal das discussões dos **profissionais de saúde e grupos de familiares** de internos. O modelo até então utilizado, com vistas a **isolar e internar** mostrava **sinais de falência**. (AMARANTE, 2007).

Até poucos anos, as condições dos hospitais psiquiátricos do Brasil eram muito dramáticas. O livro “Holocausto Brasileiro”, retrata a realidade de um local, chamado Hospital Colônia, que “tratava” pessoas que eram julgadas como “loucas ou desajustadas” para a sociedade (ARBEX, 2019).



No Hospital Colônia, cerca de **60 mil** pessoas vieram a óbito, as condições eram de extrema precariedade, sem atendimento médico de qualidade nem saneamento básico, e submetidos a técnicas de **dor e sofrimento** (ARBEX, 2019).



Em 1989, um projeto de lei apresentado ao Congresso Nacional, sugeria um **novo modelo de tratamento** na assistência psiquiátrica. (AMARANTE, 2007).

Somente 12 anos depois a lei é sancionada no país. Assim, a Lei Federal 10.216, que **finalmente** reorienta a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento **territorial, garantindo os direitos das pessoas com transtornos mentais**.



E criou-se através de **normativas e leis** os novos “parceiros do tratamento”, **novos ambientes de atendimento**: CAPS, ambulatórios, leitos em hospitais gerais, rede de atenção básica, etc (BRASIL, 2005).

Que promovem a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental (BRASIL, 2005).

Nenhum passo atrás:

“Loucura não se vende. Loucura não se prende. Loucura não se tortura. Loucura se cuida em liberdade. Por uma sociedade sem manicômios, seguimos em frente.”



A Saúde Mental de hoje foi resultado da Reforma Psiquiátrica, somada ao Movimento da Luta Antimanicomial. Ela é contrária ao cuidado excludente, ao abandono e a privação da autonomia que, muitas vezes, os hospitais psiquiátricos representam (BRASIL, 2005).



Atenção Básica e Saúde Mental - Você pode começar introduzir um novo olhar sobre Saúde Mental

PORTA DE ENTRADA:



A Atenção Básica tem como um de seus princípios possibilitar o **primeiro acesso** das pessoas ao sistema de Saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental.

Neste ponto de atenção, as ações são desenvolvidas em um **território geograficamente conhecido**, possibilitando aos profissionais de Saúde uma **proximidade** para conhecer a história de vida das pessoas e de seus vínculos com a comunidade/território onde moram, etc.

SUS de todos MAPA DE TERRITÓRIO



Podemos dizer que o cuidado em saúde mental na Atenção Básica é bastante **estratégico pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa**. Por estas características, é comum que os profissionais de Saúde se encontrem **com pacientes em situação de sofrimento psíquico**.



No entanto, apesar de sua importância, a realização de práticas em saúde mental na Atenção Básica suscita muitas **dúvidas, curiosidades e receios nos profissionais de Saúde**.

AÇÕES TERAPÊUTICAS COMUNS AOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

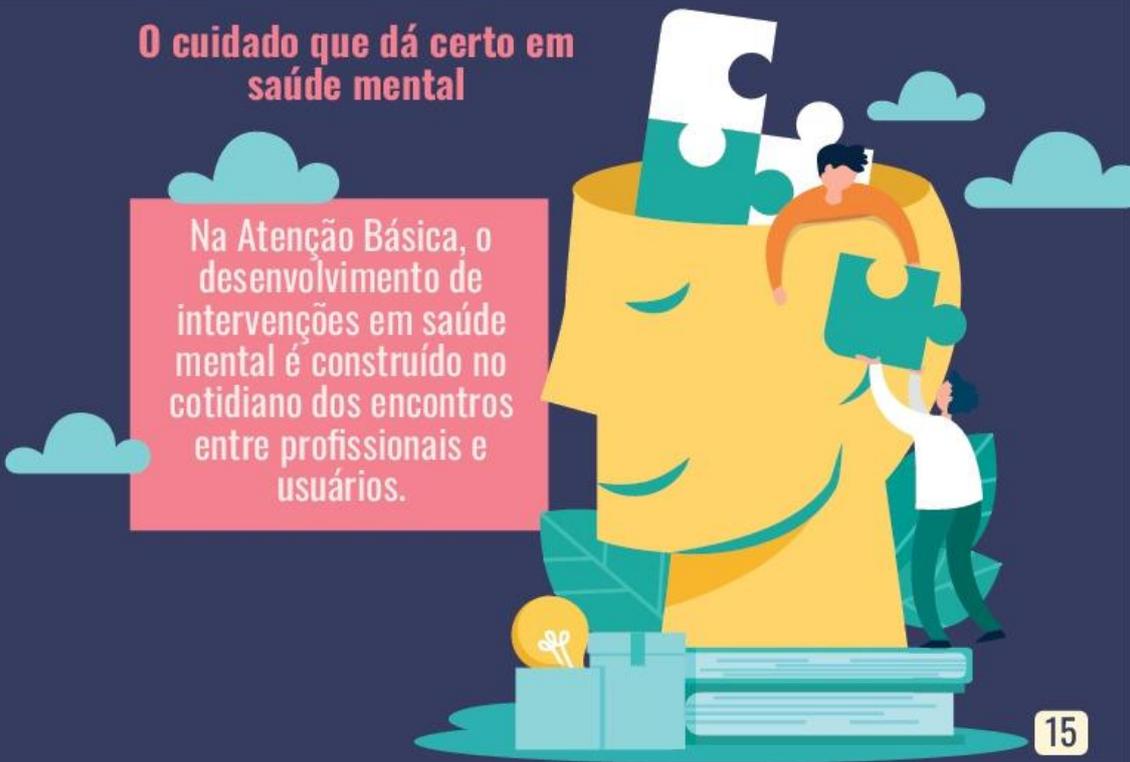


Ações que podem ser realizadas por todos os profissionais da Atenção Básica, (CHIAVERINI, 2011):

- Proporcionar ao usuário um momento para pensar/refletir.
- Exercer boa comunicação.
- Exercitar a habilidade da empatia.
- Lembrar-se de escutar o que o usuário precisa dizer.
- Acolher o usuário e suas queixas emocionais como legítimas.
- Oferecer suporte na medida certa: uma medida que não torne o usuário dependente e nem gere no profissional uma sobrecarga.
- Reconhecer os modelos de entendimento do usuário.

O cuidado que dá certo em saúde mental

Na Atenção Básica, o desenvolvimento de intervenções em saúde mental é construído no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários.



A potência do acolhimento



O acolhimento realizado nas unidades de Saúde é um dispositivo para a formação de vínculo e a prática de cuidado entre o profissional e o usuário. Em uma primeira conversa, por meio do acolhimento, a equipe da unidade de Saúde já pode oferecer um espaço de escuta a usuários e a famílias, de modo que eles se sintam seguros e tranquilos para expressar suas aflições, dúvidas e angústias, sabendo então que a UBS está disponível para acolher, acompanhar e se o caso exigir, cuidar de forma compartilhada com outros serviços.

A base para um bom acolhimento é ouvir o usuário, caso isso não seja possível peça informações a um familiar.

“Conteúdo adaptado do documento público: Cadernos de Atenção Básica, n. 34, 2013.”

Quem necessita de cuidados em saúde mental?

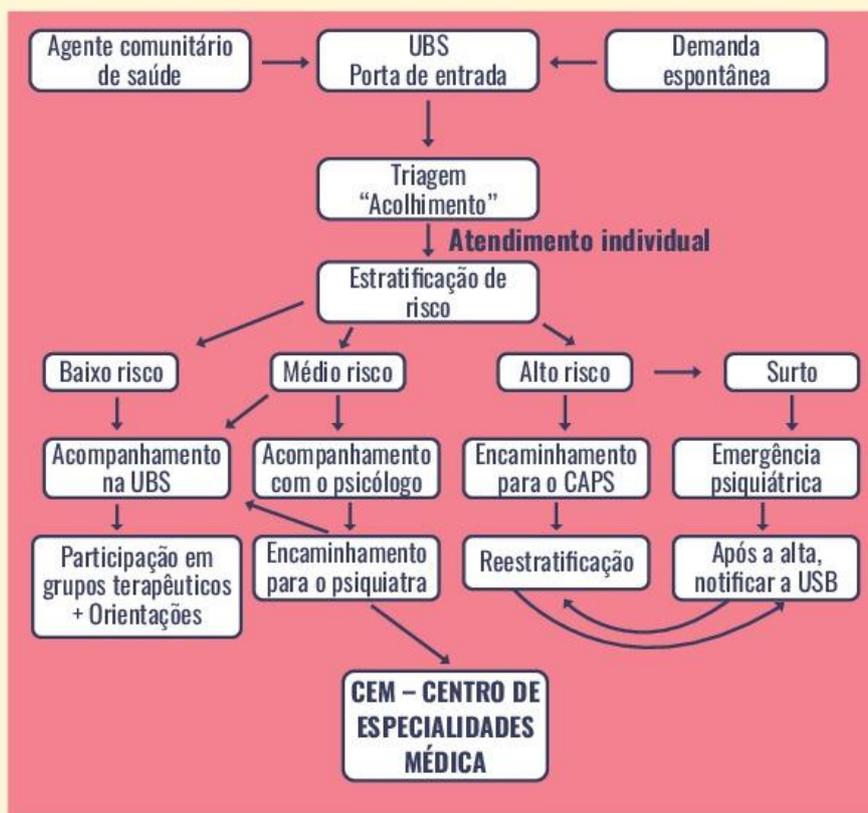
A Política Nacional de Saúde Mental compreende as estratégias e diretrizes para organizar a assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados em saúde mental, tais como depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo compulsivo, incluindo o uso abusivo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2020).

Preciso encaminhar, e agora?

Os encaminhamentos, quando necessários, devem ser planejados considerando uma rede de cuidados compartilhados. Entendendo que pessoas com uma mesma condição de saúde podem necessitar de níveis diferentes de atenção, para tanto, na Atenção Básica é disponibilizado o INSTRUMENTO DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL que é uma estratégia para identificar e reconhecer as necessidades de saúde dos usuários (PARANÁ, 2021).

Pessoas com menor risco são melhor atendidas por estratégias focadas na Atenção Primária à Saúde (APS) e no autocuidado apoiado.

Pessoas de médio e alto risco têm maior necessidade de atenção profissional e cuidados especializados.



Os loucos são como beija-flores: nunca pousam...Ficam a dois metros do chão.

Bispo do Rosário, louco e artista reconhecido mundialmente, permaneceu internado por mais de 20 anos no Hospício Colônia Juliano Moreira, no Rio de Janeiro. Sua concepção, contudo, apresenta que o ser louco inclui ares de leveza e tons de saúde mental.



Considerações Finais

A inclusão das ações de saúde mental como prática das equipes de saúde da família reforça não apenas os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) da universalidade, equidade e integralidade, mas contribui para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Os profissionais de diferentes pontos de atenção em saúde através de abordagens eficientes são as principais fontes de informações para replicar conhecimento de forma clara e confiável.

Importante destacar que a pandemia de COVID-19 e as medidas de distanciamento social trouxeram implicações psicossociais para toda a comunidade, diante disso a Organização Mundial da Saúde (OMS) destacou que no primeiro ano da pandemia de COVID-19, a prevalência global de ansiedade e depressão aumentou em 25% (OPAS, 2022).

Quanto as consequências do COVID-19 na saúde mental, a OMS relata que “As informações que temos agora sobre o impacto do COVID-19 na saúde mental do mundo são apenas a ponta do iceberg” e alertam para que todos os países prestem mais atenção à saúde mental e façam um trabalho melhor no apoio à saúde mental de suas populações (OPAS, 2022).

A saúde mental é uma problemática emergente no Brasil e no mundo, desta forma destaca-se a necessidade de ações de prevenção e promoção da saúde, bem como garantia de tratamento adequado tanto na atenção primária, quanto nos serviços especializados. Conhecer sobre o assunto amplia nossa visão e cuidado em relação à pessoa que possui sofrimento mental e nos permite entender que saúde mental, vai além das práticas manicomialis muitas vezes manifestadas na atualidade, assim, a cartilha educativa pretende trazer essa reflexão aos profissionais que diariamente se deparam com essa demanda.

Referências

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 3ªEd. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2007.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro: genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil**. São Paulo: Geração, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **REFORMA PSIQUIÁTRICA E POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SAÚDE MENTAL. CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA**, n. 34. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CHIAVERNI, D. H. (Org.). (2011). **GUIA PRÁTICO DE MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL**. Brasília, DF: Ministério da Saúde/ Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva.

FOUCAULT, M. **História da Loucura**, 3ª ed., São Paulo: Editora Perspectiva, 1993.

JORGE MR. Concepções populares e estigma relacionados às doenças mentais. **Nova Perspectiva Sistêmica**; agosto 2013; nE 46, p. 8-19.

MELO, Walter. **Nise da Silveira e o campo da Saúde Mental (1944-1952): contribuições, embates e transformações**. Mnemosine, v. 5, n. 2, p. 30-52, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Mental health action plan 2013-2020**. Geneva, Switzerland, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Cuidar sim, excluir não: livro de recursos sobre saúde mental, direitos humanos e legislação**. Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias, Organização Mundial de Saúde, 2002.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde – SESA. Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde - DAV Coordenadoria de Atenção à Saúde - COAS Divisão de Atenção à Saúde Mental – DVSAM **INSTRUMENTO DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE MENTAL**, 2021.



CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: Um guia de orientação em saúde mental na atenção básica



Produto do Mestrado Profissional Interdisciplinar em
Promoção da Saúde Linha de Pesquisa: Estratégias Interdis-
ciplinares em Inovação e Promoção da Saúde

Criação e Desenvolvimento: **Daiane Priscila Berlatto Luiz Augusto da Silva**