

CAPÍTULO 4

Rosangela Elias

Alina Zoqui de Freitas Cayres

A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E O CUIDADO ÀS PESSOAS ACOMETIDAS POR DIFERENTES ESTADOS DEPRESSIVOS

Aspectos-chave

- A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) inclui pontos de atenção como as Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços de urgência-emergência, Leitos de saúde mental em hospital geral, Unidades de Acolhimento (UA), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Hospitais e estratégias de reabilitação psicossocial como iniciativas de geração de trabalho e renda.
- O cuidado às pessoas com depressão pode ser ofertado em todos os pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS).
- A modalidade de escolha de tratamento para estas pessoas é de base comunitária e extra-hospitalar.
- O matriciamento é estratégia essencial para a consolidação da saúde mental nos serviços de saúde e pode ser oferecido pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).
- O atendimento à crise das pessoas com depressão pode ser oferecido por todos os pontos de atenção.

A rede de atenção psicossocial e o cuidado às pessoas acometidas por diferentes estados depressivos

Apresentação

Pessoas frequentemente buscam por serviços de saúde devido a uma variedade de estados depressivos. Estes ficam presentes no ideário da sociedade, apresentam nuances e gradações e o cuidado em saúde mental para esses casos, devido a essa característica heterogênea, passa por diferentes modalidades de serviços e níveis de atenção que compõe a lógica de funcionamento dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS.

Esse capítulo apresenta uma breve história sobre a estrutura da implantação dessa rede, o contexto atual (com foco no Estado de São Paulo) e aponta para algumas estratégias que podem auxiliar no cuidado dirigido a esses casos em específico.

A estrutura da RAPS

A RAPS, estrutura integrante do Sistema Único de Saúde - SUS, é a atual proposta da Política de Saúde Mental que passou por uma intensa transformação em seu modelo de atenção. No passado, tal política centrava-se na internação como a principal alternativa de tratamento (o isolamento era considerado terapêutico - modelo asilar) o que desencadeou, em sua história, um contexto de falta de regulação e monitoramento dos hospitais psiquiátricos e a ocorrência de prática excessiva de internações de longo prazo, gerando inclusive um número elevado de pessoas que, pelos anos prolongados de internação, passaram a ser moradoras desses estabelecimentos. Essa situação culminou em grave condição de violação de direitos, inclusive com presença de denúncias de violências, maus-tratos, abusos e até óbitos ao longo dessa história ^{1 13-15 17}.

No período de redemocratização do país (iniciada na década de 1970), as denúncias ganharam força assim como os movimentos sociais da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, com críticas a esse modelo e reivindicações por mudanças. Com a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) e a instituição de uma nova política de garantia de direitos da pessoa acometida por transtorno mental e de reorganização dos serviços (Lei 10.216/2001) foi possível o estabelecimento de um novo modelo, o da atenção psicossocial ^{1 13-15 17}.

Esse modelo segue alguns dos marcos legais, normativos e de princípios tais como:

- 1) Constituição de 1988 que cita a preservação da dignidade da pessoa, a inviolabilidade do direito à liberdade e a concessão de habeas corpus sempre que alguém sofrer violência ou coação em sua liberdade de locomoção, por ilegalidade ou abuso de poder (Artigos 1º e 5º);
- 2) Declaração de Caracas (de 14 de novembro de 1990) que indica o respeito aos direitos humanos da pessoa em sofrimento psíquico; a necessidade da preponderância dos serviços comunitários da rede de saúde mental e a recomendação de internação psiquiátrica em Hospitais Gerais inseridos nessa rede (OPAS, 1990);
- 3) Lei 10.216/2001 que indica o direito de acesso ao melhor tratamento disponível no sistema de saúde e ser assistido em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (Artigo 2º); a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes e deve ser realizada em estabelecimentos sem características asilares, com finalidade permanente da reinserção social do paciente em seu meio e oferta de assistência integral (Artigo 4º). Essa lei também garante que o paciente que siga por longo tempo hospitalizado ou em grave dependência institucional será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial (Artigo 5º).

O atual modelo de atenção psicossocial, além dos marcos legais e políticos citados, também se orienta nas diretrizes do SUS, baseando-se no entendimento de que a busca por cuidados em

saúde da população que vive num dado território é o centro das ações dessa rede, que se constitui em diversas modalidades de serviços e ofertas de cuidado em níveis distintos de complexidade assistencial (da atenção básica à média e alta complexidade). A lógica de funcionamento circular do trabalho em rede, de base territorial e comunitária, permite que os diferentes pontos de atenção se complementem e se integrem de acordo com as necessidades de saúde de cada pessoa, propiciando maior capacidade resolutiva e uma condução do cuidado preferencialmente realizada o mais próximo possível do local onde vive a pessoa e sua comunidade. Adota variadas estratégias de ação, como por exemplo, o acolhimento, o apoio matricial e a proposta do projeto terapêutico singular (PTS), na perspectiva do conceito de clínica ampliada. O PTS é elaborado a cada usuário da rede, em acordo às questões de saúde que apresenta e com a premissa de garantir sua autonomia, liberdade e exercício da cidadania. À RAPS cabe a ampliação do acesso aos serviços de saúde, com ações integradas, articuladas, inclusivas e, em se identificando necessidades, também intersetoriais para a assistência, prevenção e promoção em saúde ¹³⁻¹⁵.

Do ponto de vista de sua estrutura, a RAPS está referenciada pelas Portarias n.3.088/2011 e 3.588/2017 e apresenta a seguinte estrutura:

Figura 1. Pontos de Atenção da RAPS

Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde; Consultório na rua; Serviços de componente de Atenção residencial de Caráter Transitório; Centros de Convivência e Cultura.
Atenção Psicossocial Estratégica	- Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades; - Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em SM/Unidades Ambulatoriais Especializadas.
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU 192, Sala de Estabilização; UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde.
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento; Serviço de Atenção em Regime Residencial CT.
Atenção Hospitalar	Unidade de referência especializada em Hospital Geral; Hospitais Especializados; Hospital Dia.
Estratégias de Desinstitucionalização	- Serviços Residenciais Terapêuticos; - Programa de Volta para Casa.
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	- Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda; - Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.

Fonte: SES/SP

Cada componente visa acolher a necessidade do usuário, que pode carecer de ações de menor a maior complexidade no cuidado, na lógica cíclica dessas possíveis necessidades. Cabe ressaltar a relevância que a Atenção Básica possui nessa estrutura, visto que além de estar espalhada por toda extensão territorial (todos os municípios apresentam algum serviço e equipe desse nível de atenção) é a principal porta de entrada na busca por um atendimento em saúde mental.

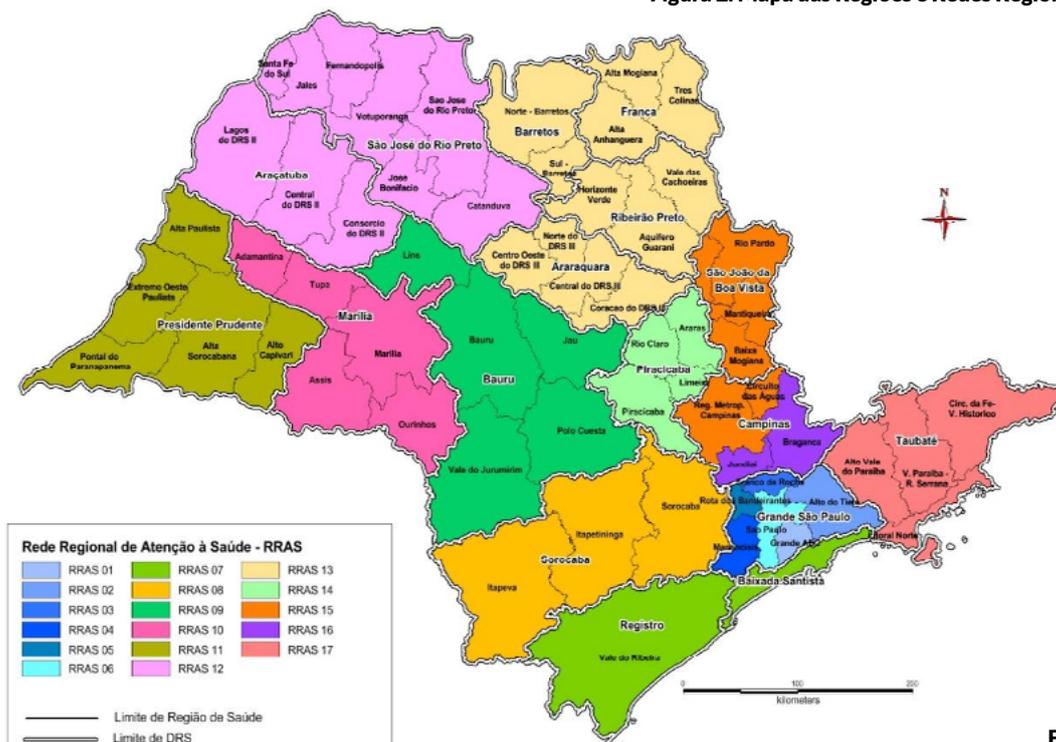
Cenário atual da RAPS - a dimensão do Estado de São Paulo

O SUS, desde o Pacto pela Saúde ⁴, incentiva a organização regionalizada dos serviços de saúde. Tal proposta depende de corresponsabilidades e pactuações deliberadas por meio de instâncias colegiadas na finalidade de, por meio de ações solidárias e cooperadas (embora na prática possa se expressar como campo de disputas), melhor responder às necessidades de saúde locais e regionais, numa utilização regulada dos serviços, promovendo maior acesso, integralidade e resolutividade ^{13 15 19 25}.

Os desenhos das regiões de saúde no SUS foram delineados de acordo com a presença de serviços de diferentes níveis de atenção (da primária a média e alta complexidade, sendo o nível básico, o centro de comunicação dessa estrutura), num dado recorte geográfico que agrupa um conjunto de municípios que se comunicam entre si, favorecendo acesso e continuidade nos processos de cuidado às necessidades em geral da saúde ²⁵. Nessa referência, a atenção psicossocial e a rede temática de saúde mental (RAPS) são consideradas como uma das principais prioridades do SUS ^{7 13-15}.

Em relação à RAPS, o Estado de São Paulo (ESP), seguindo a normativa federal (Portaria 3.088 /2011), definiu por Deliberação da Comissão Intergestora Bipartite (CIB n. 87) o termo para a implantação das RAPS nas redes de atenção à saúde (RAS). As RAPS do Estado de São Paulo se organizam nos espaços institucionais das 63 regiões de saúde que compõem as instâncias deliberativas regionais do SUS, a Comissão Intergestora Regional (CIR), que se agrupam em Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS):

Figura 2. Mapa das Regiões e Redes Regionais da Saúde



Fonte: SES/SP

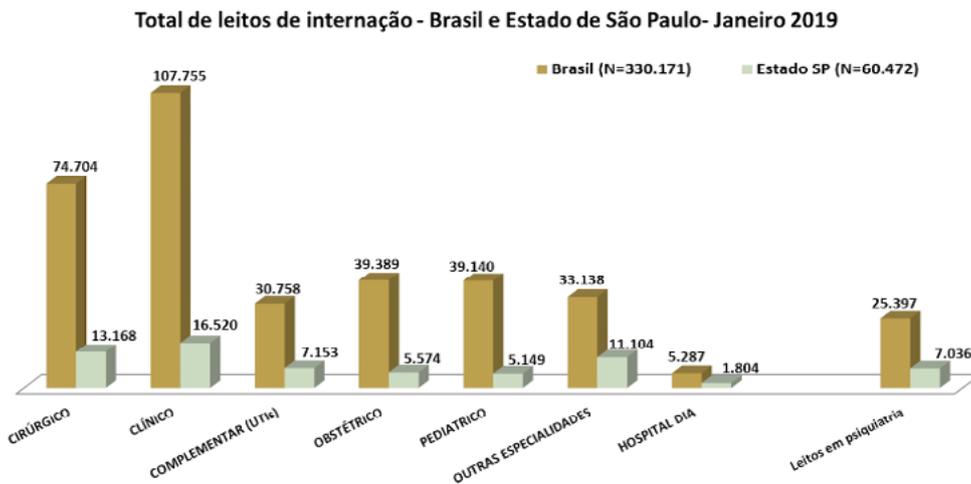
O Estado de São Paulo concentra cerca de 20% da população do país (aproximadamente 41 milhões), apresenta características territoriais bem heterogêneas que, em grande medida, também refletem as desigualdades e vulnerabilidades sociais enfrentadas no Brasil. Esse aspecto de certa maneira impacta no SUS, em termos dos serviços ofertados, o modo como se distribuem e em seu potencial para incentivos na expansão de serviços e em recursos humanos. Em dadas regiões, por suas características territoriais, há carência de alguns tipos de profissionais e especialistas, incluídos os que poderiam compor os pontos de atenção da RAPS ^{13 15 19 25}.

Em relação a RAPS, apesar dos reconhecidos avanços na ampliação dos serviços, esta apresenta uma história de lacunas e recuos em seu processo de implantação e expansão. Dados sugerem diversos impactos que o desnivelamento na oferta de serviços e ações e as desigualdades territoriais geram na assistência à saúde mental. A conformação territorial do estado, composta por cidades pequenas (com menos de 15.000 habitantes) em mais da metade do seu total de municípios também reforça a necessidade de priorizar ações de fortalecimento no nível da atenção básica. Acrescenta-se a essa dimensão esse cenário de crônico subfinanciamento do SUS e perda de arrecadação local, o que tem sobrecarregado sobretudo o nível local (municipal), dificultando sua manutenção e ampliação ^{13 14}.

Na prática, o investimento para a mudança ao modelo da atenção psicossocial foi gradativo, intermitente, continua em andamento e encontra-se em tensa coexistência com o antigo modelo hospitalocêntrico, uma vez que não se viabilizou a inoperância dos hospitais psiquiátricos e de sua lógica de funcionamento medico-centrado e asilar. Sobre esse ponto em particular, as mudanças até resultaram no fechamento de milhares de leitos e de muitos dos hospitais psiquiátricos, contudo, continua predominante o número de leitos SUS ofertados nesse tipo de estabelecimento. Além disso, sua preservação é reivindicada de forma frequente por dados grupos de interesse que preservam sua força política, por meio do argumento da falta de leitos e de que tais estabelecimentos encontram-se atualmente reformados e funcionam de modo humanizado ^{13 14}.

Contudo, do ponto de vista da distribuição de leitos de internação no SUS, na dimensão do Brasil e do Estado de São Paulo, é possível observar que esse quantitativo se aproxima ou supera (no caso de São Paulo) ao quantitativo de leitos ofertados em UTI, pediátricos e obstétricos, o que sinaliza a necessidade de se refletir sobre tal discurso de escassez, visto o quanto é viável e factível ao SUS garantir essa implantação e sustentação mediante uma distribuição equilibrada às demais necessidades de leitos para outros problemas de saúde, num cenário de limites e carências ^{13 14}.

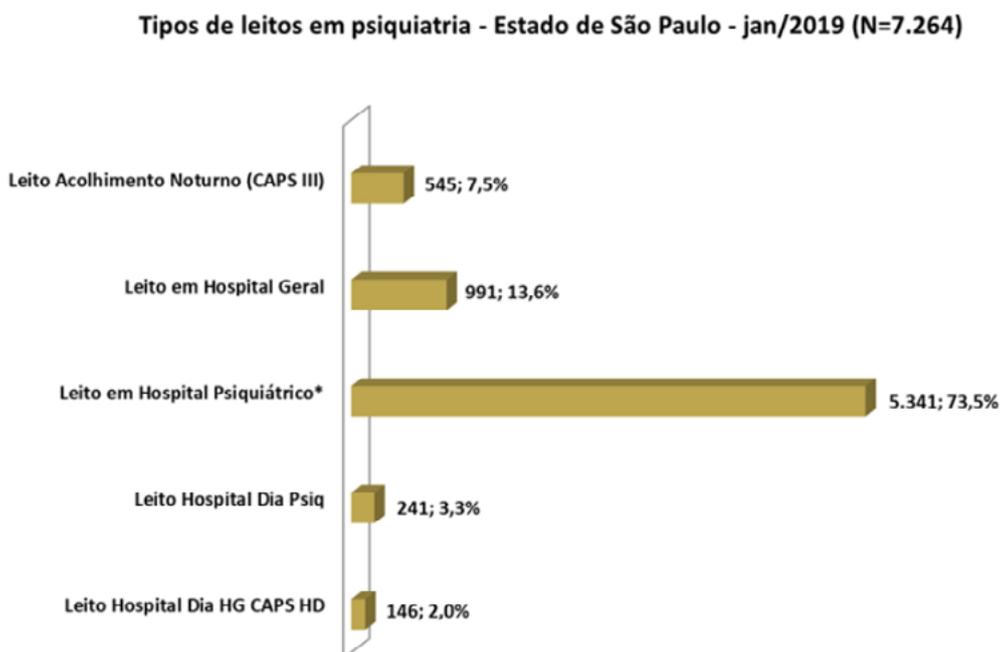
Gráfico 1. Total de leitos de internação



Fonte: Datasus (Cayres, 2020)

É possível que, por conta da coexistência dos distintos modelos, a ampliação de leitos em hospitais gerais tenha seguido intermitente e menos robusta, apesar de seu potencial de capilarização pelos territórios para que a gestão das internações ocorra de forma mais regulada e regionalizada, promovendo melhorias no acesso e na integração com a rede^{13 14}. O gráfico a seguir consolida a disponibilização de leitos por modalidade de serviço:

Gráfico 2. Tipos de leitos em psiquiatria



Fonte: Datasus (Cayres, 2020)

Obs.: Foram incluídos 446 leitos cadastrados como crônicos nos hospitais especializados psiquiátricos identificados nesse levantamento. Parcela dos leitos cadastrados no Cadastro Nacional de Estudos Espaciais (CNES) são de reserva e não ficam disponíveis para internação e outra parte fica permanentemente alocados nos moradores de hospitais psiquiátricos que aguardam processo de desinstitucionalização.

Cabe ressaltar que a manutenção de estruturas centralizadas como as dos hospitais psiquiátricos, além do risco de gerar novos moradores, dificulta o processo de desinstitucionalização, na medida em que a internação em serviços concentrados em territórios específicos afasta o cidadão de seu município e certamente dificulta ou até impede o contato familiar e com sua rede de apoio local, sem incluir demais vulnerabilidades sociais, o que pode prejudicar vínculos já fragilizados e seu futuro retorno ao território que vive ^{13 14}.

Em virtude dessa característica, na atualidade há a prioridade da política estadual em acelerar os processos de desinstitucionalização, visto que o Estado gerou grave dívida social ao ter constituído moradores de hospitais psiquiátricos devida à política pregressa (com risco de continuar a estabelecer novos moradores no presente, mediante a permanência dos hospitais psiquiátricos na política). E, para dar andamento a esses processos, também se faz necessário o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial, com foco nos serviços residenciais terapêuticos para essa prioridade ¹³⁻¹⁵.

Tal contexto aponta para a necessidade do constante incentivo à mudança da cultura asilar e hospitalocêntrica como premissa de tratamento, por meio da RAPS, com a contínua implantação e expansão de serviços substitutivos como os CAPS entre outras modalidades previstas nos pontos de atenção, seguindo a lógica do trabalho em rede e com políticas que promovam a inclusão social e familiar, com acompanhamento interdisciplinar e articulação na comunidade local, visando a autonomia do sujeito e sua permanência no território.

No Estado de São Paulo há desafios a serem enfrentados do ponto de vista da estrutura e dos diferentes pontos de atenção da RAPS. Em relação a Atenção Básica e Estratégica as coberturas populacionais da Atenção Básica (AB) e da Estratégia Saúde da Família (ESF) são desiguais (variam de 10 a 100%) em nível local e regional, com número menor do que o esperado para equipes NASF (apoio matricial), inclusive ausente em algumas regiões^{(1) 13 14}. A seguir segue um consolidado dessas informações por RRAS:

(1) Há tendência em desestimular as equipes NASF com as mudanças realizadas pelo Governo Federal, a partir de 2019, pelo Programa Previne Brasil e na mudança da estrutura de financiamento das equipes da AB.

Quadro 1. Dados sobre cobertura AB, ESF, taxa de matriciamento e quantidade de CAPS por RRAS (2019)

RRAS	DRS	Cobertura AB e-gestor dez 2018	Cobertura ESF e-gestor dez 2018	Equipes NASF	Necessidade mín. equipes NASF	Tx Matriciamento	CAPS Qtde.	CAPS necessidade
RRAS 01	Grande ABC - DRS I	54,48%	43,74%	48	7	59,26%	28	1
RRAS 02	Alto Tietê - DRS I	44,05%	25,30%	17	16	58,33%	16	14
RRAS 03	Franco da Rocha - DRS I	46,39%	29,88%	3	4	75,00%	10	3
RRAS 04	Mananciais - DRS I	47,36%	25,20%	4	14	40,00%	13	2
RRAS 05	Rota dos Bandeirantes - DRS I	41,67%	11,48%	0	23	7,14%	16	3
RRAS 06	São Paulo - DRS I	60,95%	34,50%	107	66	78,48%	94	0
RRAS 07	Baixada Santista	63,38%	46,99%	18	21	47,62%	29	2
	Registro	93,15%	90,90%	8	4	33,33%	6	3
RRAS 08	Sorocaba	59,29%	35,49%	19	22	38,89%	40	16
RRAS 09	Bauru	61,17%	37,91%	17	18	26,32%	29	14
RRAS 10	Marília	73,20%	59,30%	23	10	12,50%	24	4
RRAS 11	Presidente Prudente	83,63%	70,90%	30	2	30,00%	15	7
RRAS 12	Araçatuba	83,05%	72,90%	37	0	42,86%	11	6
	São José do Rio Preto	77,92%	64,00%	76	4	64,71%	22	6
RRAS 13	Araraquara	64,48%	44,08%	17	8	50,00%	15	4
	Barretos	78,63%	67,19%	10	0	33,33%	5	7
	Franca	55,18%	43,66%	16	1	0,00%	9	4
	Ribeirão Preto	60,79%	31,62%	8	14	55,56%	14	13
RRAS 14	Piracicaba	54,02%	40,81%	9	16	42,11%	25	5
RRAS 15	São João da Boa Vista	60,76%	48,95%	7	11	26,32%	20	6
	Campinas (C. Águas, RM Campinas)	53,44%	33,99%	20	36	0,0% / 55,88%	47	7
RRAS 16	Campinas (Bragança, Jundiaí)	60,17%	28,02%	12	4	0,0% / 57,14%	13	11
RRAS 17	Taubaté	68,61%	48,58%	23	24	34,62%	28	15
	Estado SP	59,67%	38,65%	529	326	47,83%	529	153

Fonte: Datasus (Cayres, 2020)

Tais dados podem sugerir fragilidades no apoio matricial, no acompanhamento contínuo das necessidades de saúde dos usuários, na prevenção de situações de crise e dificuldades na regulação dos casos que se agravam. Tal problema não é exclusivo da Saúde Mental, impacta nas demandas em geral dos serviços de saúde. A AB com baixa cobertura e sobrecarregada, tende a ser menos responsiva e pode reforçar a cultura medicalizante e hospitalocêntrica já presente. Em relação a implantação dos CAPSs, falta pouco mais de uma centena para atingirem seu limite de expansão no Estado, contudo, há diferenças territoriais significativas. Seria interessante investir, por exemplo, na mudança para nível de CAPS mais complexo (de CAPS I para II e de II para III, com inserção de leitos de acolhimento noturno)⁽²⁾.

Porém, pairam dúvidas quanto ao futuro da expansão dos CAPS pelas mudanças atuais na condução da política em nível nacional. Observa-se uma postura menos incentivadora iniciada na publicação da Portaria 3.588/2017, com a inclusão das equipes ambulatoriais de atenção especializada e, posteriormente, pelos períodos de fechamento e funcionamento intermitente do Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS) do Ministério da Saúde para requisição ou pedido de revisão de solicitações pendentes de CAPS e SRTs e pouco apoio na resolução de pendências para habilitação e custeio^{14 15}.

(2) No levantamento dos dados também foi observado a ausência de Consultórios na Rua em regiões com maior densidade populacional e que atenderia o critério de porte para sua implantação, além de presença irrisória de outros serviços como as Unidades de Acolhimento. Como existem poucas unidades, os dados não foram incluídos na tabela.

Contudo, essa expansão dos CAPS é finita. Como referido, boa parte do território é composta por municípios com menos de 15 mil habitantes, porte populacional que não permite a implantação de CAPS pela normativa vigente. No caso do Estado de São Paulo corresponde a 350 cidades (metade do total). Essa característica reforça o quão fundamental é a atenção básica na RAPS (e no SUS) que, apesar de apresentar coberturas desiguais, é o ponto de atenção presente em todos os territórios, independentemente de seu porte populacional. Outras iniciativas politicamente pouco estimuladas e investidas, apesar de muito potentes, são os pontos de atenção relacionados às atividades que incentivam o envolvimento na e com a comunidade pela cultura local, a exemplo dos centros de convivência e cooperativa (CECCO)^{14 15}.

Algumas potentes estratégias de ação da RAPS às pessoas acometidas por estados depressivos

Estados depressivos, como o próprio termo sugere, se expressa em diferentes condições e gradações e, por conta dessa característica, é tema comum que perpassa continuamente pelos diferentes componentes e pontos de atenção da RAPS. Tais estados podem ser desencadeados não somente em virtude de um problema de saúde mental, mas também como reação dada circunstância, por exemplo, devido a doença ou perda de uma pessoa próxima, perda de emprego ou por conta de uma condição fragilizada de saúde que pode provocar algum efeito ou dificuldade na vida de uma pessoa e às vezes de seu entorno. Não é incomum, nos diferentes serviços de saúde, queixas associadas a reações persistentes relacionadas a estados depressivos nomeados em suas diferentes expressões tais como desânimo, tristeza, angústia, dificuldade para dormir, dificuldade para sair de casa e/ou socializar, inapetência, falta de vontade, ideação suicida, entre outros exemplos.

Tal aspecto indica a necessidade de ampliar o olhar, a escuta e ofertar estratégias diversificadas de cuidado nos distintos níveis de atenção. Dessa forma é possível desenhar ações para garantir o acompanhamento de casos em condições mais estáveis e prevenir o desencadeamento de crises ou situações de agravamento. E, assim, a rede passa também a atuar como um dos fatores de proteção para esse grupo em particular.

Cabe destacar algumas das estratégias e dispositivos presentes nas diretrizes da RAPS que são relevantes ao acompanhamento de pessoas que apresentam algum sofrimento psíquico, em particular os associados a esses estados depressivos:

Levantamento de dados territoriais (diagnóstico, identificação de ações locais de prevenção e desenho da rede)

Para se refletir sobre a presença e a frequência de quadros como o do tema sugerido é fundamental realizar levantamentos e, com certa regularidade, atualizar informações objetivas e qualitativas. Estes podem ser organizados, por exemplo, do ponto de vista das necessidades

de saúde da população em geral, por meio de dados sociais e epidemiológicos, características locais e das comunidades (que favorecem proteção ou provoca fragilidades), ações locais de prevenção em saúde e abordagens específicas relacionadas, por exemplo, a depressão e suicídio, desenho e fluxos com definição de referências e responsabilidades de cada ponto de atenção da rede local e, eventualmente, regional. Pode ser interessante adotar algum recurso que auxilie na continuidade desses processos como organizar momentos regulares de discussão sobre essa rede, por exemplo, por meio de fórum ampliado de discussão da rede, grupo de trabalho, grupo condutor da RAPS, roda de conversa, entre outras sugestões.

Registrar, como parte desses processos, tais informações, processos e histórias também propicia a construção de uma memória dessa cogestão do cuidado. Algo que pode ser futuramente organizado e inserido como uma linha de cuidado (proposta dessa publicação) no Plano de Ação Local e Regional da RAPS.

Fortalecimento de ações na Atenção Básica

Considerando as características territoriais do Estado de SP, composta por um quantitativo significativo de municípios de pequeno porte, a Atenção Básica, porta de entrada do SUS e base norteadora de suas ações, por ser o nível mais elementar e disponível em todas as cidades do estado (e do país) torna-se, por esse fator, fundamental fortalecer sua estrutura. O que se viabiliza por meio de contínuos investimentos e incentivos que propiciem a melhoria de sua cobertura do ponto de vista dos serviços e equipes de saúde (em territórios com baixa cobertura e conseqüente sobrecarga que gera mais risco à desassistência) e na oferta de estratégias contínuas de educação permanente, incluídas às relacionadas à saúde mental ^{14 15}.

Tais recursos somam reforços às equipes da atenção básica, que no cotidiano do seu trabalho, recebem de forma avolumada pessoas e famílias com as mais diferentes demandas em saúde mental, incluídas queixas e sintomas relacionados a estados depressivos. Prepará-las para olhar e escutar a complexidade e a amplitude dos processos que acompanham a busca pelo cuidado garante intervenções locais que podem ser mais ágeis na resposta e ter sua resolutividade, sem necessariamente depender de referenciamentos a um nível mais especializado ¹⁵.

A presença de alguma fragilidade em se incorporar tal olhar e escuta pelas equipes (como tecnologia leve, relacional) pode afetar a atenção básica em geral, incluída a saúde mental, afinal quaisquer condições de saúde podem se agravar, desencadear crise, gerando reações emocionais por essa condição. Não existe uma dicotomia entre corpo e psique, muito embora, os tratamentos centrados no modelo estritamente biomédico tendem a agir de forma cindida, o que pode ocasionar resultados menos efetivos ¹⁵.

As equipes da atenção básica, devido à sua inserção territorial e de proximidade comunitária, são as que possuem as melhores condições de possibilidade, em comparação aos demais pon-

tos da rede, para acessar e atuar no núcleo protetivo do indivíduo. Com isso, as equipes podem ofertar estratégias de cuidado (das individuais às coletivas) que abordem relações, conflitos e necessidades da pessoa e eventualmente sua família. Promover espaços de convivência para a comunidade, e as diversas pessoas e famílias que a compõem, incentiva o protagonismo dos usuários, empodera e traz novas reflexões, o que também tem sua relevância terapêutica ¹⁵.

Tais recursos tornam-se fortes aliados em situações que eventualmente cursam para o desencadeamento de uma crise ou agravamento de condição de saúde do qual ocorra a necessidade de um afastamento temporário da rede local, devido a transferência para um serviço de média ou alta complexidade, incluída a possibilidade da internação, por carecer de tratamento mais especializado até a estabilização ou melhora do quadro. O ideal é inclusive preparar e oferecer alguma continuidade no apoio à família e/ou suas referências locais durante esse momento, atuando no suporte, continência, orientação visando trabalhar fatores protetivos, quando é viável contar com essa disposição por parte do coletivo¹⁵.

E, novamente, se frisa o exemplo para quaisquer problemas de saúde, incluídos os que se relacionam ao sofrimento psíquico. A diferença está somente na internação pela especialidade da psiquiatria. Embora em muitas das situações ocorra certo prolongamento no tempo de duração desse tipo de internação, esta deveria ocorrer na mesma lógica das demais internações clínicas, preferencialmente em Hospitais Gerais e da forma mais breve quanto possível até o retorno a seu território e comunidade ¹⁵.

Acolhimento (com identificação de vulnerabilidades)

O acolhimento é uma das principais estratégias incentivadas no SUS e bem aderida na RAPS. Idealmente, associa-se a ideia de “porta aberta” (independe de triagem e hora marcada) e é uma das primeiras ações que viabilizam o acesso ao SUS. Trata-se da oferta de um espaço inicial de escuta com um profissional do serviço de saúde que se dispõem a entender o motivo da procura pelo serviço, para que possa oferecer orientações, encaminhamentos e/ou manejos em acordo com as necessidades de saúde apresentadas e/ou identificadas pela pessoa. Trata-se de recurso predominantemente relacional associado ao conceito de tecnologia leve ²² e aos preceitos da clínica ampliada (no sentido de uma escuta que também se atente, ao invés do que está para além do problema estrito de saúde, mas que possa influenciar na sua condição). Recomenda-se que tal estratégia seja adotada em quaisquer modalidades de serviço e nos diferentes níveis de atenção (da básica a média e alta complexidade) ⁴.

Baseia-se numa disposição de abertura para a escuta, sem receio do que poderá emergir e atento ao que aparece somado a queixa de saúde. Parte-se da premissa de que essa ação e tal disposição por si já propicia um primeiro cuidado e estabelecimento de vínculo. E não requer, nesse momento inicial, uma abordagem especializada. Mas também deve atentar-se a alguma vulnerabilidade ou fragilidade que possa trazer dano imediato a pessoa.

Essa observação torna-se fundamental no caso da diversidade e das gradações dos estados depressivos, visto que em alguns casos se identifica quadro agravado de depressão, ideação ou tentativa de suicídio que podem seguir para uma condução do cuidado num nível mais especializado (caso não esteja nele).

A essa primeira escuta, recomenda-se ser levada e discutida em equipe para reflexão coletiva das necessidades do caso, o que auxilia no planejamento do cuidado. Dá início, uma vez inserido no serviço, na discussão e no desenho do seu Projeto Terapêutico Singular.

Projeto Terapêutico Singular na Clínica Ampliada e Compartilhada

O ideário da Clínica Ampliada, de abordagem interdisciplinar, opera por meio de coletivos, como ferramenta de articulação e troca entre diversas abordagens, saberes e campos, pela consideração da visão expandida dos processos de saúde e doença e os determinantes sociais que os atravessam. Por conta dessa dinâmica e peculiaridade cabe considerar que em meio a essa proposta de compartilhamento, se compreende também a presença de disputas ou conflitos, que são esperados e cursam como parte de um aprendizado para a produção do cuidado e o trabalho em rede. Como método, envolve alguns eixos fundamentais, tais como: 1) Compreensão ampliada do processo saúde-doença, 2) Construção compartilhada dos diagnósticos, 3) Ampliação do “objeto de trabalho” e a 4) Transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho⁹.

A partir dessa referência, define-se o Projeto Terapêutico Singular (PTS) como: “conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual e coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário”⁹. É considerada uma variação sofisticada da discussão de casos clínicos. Cunha (2007)¹⁸ descreve quatro momentos que englobam sua elaboração: 1º) diagnóstico “ampliado” do problema do sujeito e de toda a conjuntura que o cerca, 2º) definição de metas e propostas negociadas com o próprio sujeito, 3º) divisão de responsabilidades com clareza nas tarefas designadas a cada pessoa envolvida no processo, 4º) reavaliação ou revisão para discussão da evolução do caso.

O PTS se concretiza na elaboração desse plano terapêutico personalizado, discutido, decidido e revisto de tempos em tempos com as equipes envolvidas, o próprio usuário e/ou sua família. As equipes utilizam a estrutura institucional onde trabalham para oferecer recursos diferenciados como, por exemplo, atendimentos (em grupo, os individuais, para a família), as oficinas, rodas de conversa, entre outros, além de espaços coletivos de troca, discussão e de tomada de decisões em equipe, com usuários e familiares, outros serviços, com a própria comunidade local, entre demais possibilidades^{14 23}.

Atendimento à crise

O atendimento em crise pode ser adotado em serviços de diferentes modalidades e níveis de atenção, tal como o recurso do acolhimento, embora ocorra predominantemente na rede de urgência e emergência (RUE) e em hospitais. Tal tema é recorrente como necessidade no âmbito dos CAPS e um desafio aos que não funcionam numa jornada ampliada, como no caso dos CAPS III.

O atendimento à crise nos CAPS III com leitos de acolhimento noturno tem se mostrado estratégia potente e resolutiva nos territórios, evitando em muitos casos o uso da internação em hospital. Realizar tal atendimento numa unidade como o CAPS III, lugar onde o vínculo está estabelecido com a pessoa em acompanhamento e sua família, torna a experiência mais acolhedora e o suporte se mostra efetivo, sem cursar para a internação. Contudo, possui a limitação de somente poder ser operado em municípios de maior porte (acima de 150.000 habitantes).

Quando não é possível contar com esse recurso tal necessidade recai na busca por leito preferencialmente em hospital geral ou, numa impossibilidade, em hospital especializado (psiquiátrico). Cabe ressaltar que qualquer internação em saúde cursa como uma experiência limite que requer tratamento de maior complexidade devido a uma piora ou agravamento de quadro clínico. Essa condição por si mesma desencadeia reações emocionais como medo, pânico, angústia, ansiedade entre outros sentimentos que podem aumentar a fragilidade da pessoa. É uma experiência invasiva e, por vezes, traumática devido a própria dinâmica hospitalar (como meio fechado) e pela realização dos procedimentos e tratamentos necessários. As internações decorrentes da piora de um problema de saúde mental não difere desse cenário e, por ter esse reconhecimento, recomenda-se, assim como em quaisquer condições clínicas de saúde, que elas aconteçam quando demais recursos se esgotaram e que ocorra da forma mais abreviada possível ^{9 14}.

Como já apontado, dados indicam que mesmo com as mudanças propostas com o modelo da atenção psicossocial, há muitos casos de internações por transtorno mental que ocorrem em hospitais psiquiátricos, distantes do território que a pessoa vive, que se prolongam no tempo, causando prejuízos em vínculos já fragilizados. Desses, boa parte, são devido a associação com vulnerabilidades sociais não diretamente relacionadas com a doença, mas que podem impactar negativamente no quadro e em casos atrelados a processos de judicialização que dependerá de revisão e decisão de alta atrelada à Justiça. Em virtude disso, as redes locais devem ficar atentas a esses casos para que se intervenha quando necessário, no intuito de se garantir o retorno da pessoa a sua cidade e vida comunitária ^{14 15}.

Os serviços que adotam a estratégia do acolhimento associado com o atendimento à crise e abertura para visitas e/ou a presença de acompanhante tem indicado um retorno mais positivo, no sentido de tornar tal experiência menos traumática. Essas estratégias e o acompanhamento implicado da rede local para garantir a transição do cuidado num serviço de menor complexidade e consequentemente propiciar o retorno do usuário, podem ajudar a abreviar a internação.

Apoio matricial

Apoio Matricial é uma proposta de método inovador de suporte e troca técnica multiprofissional e interdisciplinar entre equipes e/ou redes de cuidado, baseado na cogestão e responsabilidade compartilhada nas ações de saúde. Tal estratégia propicia o fortalecimento do trabalho em rede, expandindo a comunicação e as fronteiras entre os diferentes serviços e níveis de atenção, no campo da saúde e, em caso de necessidade, em outras dimensões inter-setoriais ^{11 12}.

Tal estratégia é o principal objetivo das equipes NASF, quando se é possível contar com a presença delas no território, mas recomenda-se que ela seja adotada por quaisquer equipes e nos mais diversos pontos de rede, por ser considerada uma estratégia fundamental à organização do trabalho e na condução coletiva dos diversos casos e situações que mobilizam os serviços.

Além de implicar as equipes nos processos e na continuidade do cuidado é um recurso potente para situações e/ou casos de difícil manejo ou que suscitam dúvidas e inseguranças em dado profissional ou equipe. Também pode funcionar como retaguarda de especialidade, quando é necessária alguma orientação com profissional que possui uma formação e/ou prática específica do qual certo território não possui ou há falta de determinado especialista na região.

Para organizar os processos e manter certa continuidade dessa proposta, recomenda-se uma agenda com dada frequência de reuniões e encontros entre equipes. Hoje em dia, com a experiência adquirida pela pandemia Covid-19 no uso das tecnologias e de recursos como das videoconferências, pode ser interessante considerar o uso das reuniões virtuais para inclusive propiciar tal regularidade.

Apoio comunitário e intersetorial

Ampliar a rede de relações e os horizontes com estratégias para além do campo e das especificidades da saúde é fundamental e traz inúmeros benefícios aos usuários e outras pessoas que compõem a RAPS, incluída a comunidade que vive em seu entorno.

Ao se considerar que parcela dessa população poder estar vivendo num contexto de vulnerabilidade social, acessar outras redes de apoio e políticas sociais, como na interface com a Assistência Social, Educação, Emprego, Habitação, Cultura, Terceiro Setor também é protetivo e até terapêutico.

Buscar ativamente por esses setores e, quando possível estabelecer ações, encontros, projetos e parcerias propiciam apoios para outras dimensões da vida das pessoas e da comunidade que certamente impactarão positivamente nas suas vidas. Mapear e se abrir à essas possibilidades locais e territoriais é um recurso interessante de ser agregado no projeto institucional do serviço e no projeto terapêutico singular dos usuários dele.

Considerações para um olhar de cuidado à rede local real

Diante do que se apresentou é interesse refletir sobre como há necessidade de também direcionar um olhar de cuidado que possa procurar conhecer o funcionamento da rede local de saúde mental, no intuito de identificar suas fragilidades e potências e se voltar, em caso de necessidade, a algum tipo de troca ou apoio técnico solidário.

Afinal, na dimensão real em que ela consegue atuar, com crônico subfinanciamento, possíveis sobrecargas e lacunas assistenciais, ela também pode deprimir e se desvitalizar. E são os diferentes profissionais que a compõem e dirigem esses olhares de cuidado e solidariedade, que muitas vezes se desdobram e fazem a diferença quando se unem em prol de uma ação ou experiência local e, quiçá, regional ¹⁴.

As redes, para além da rigidez das estruturas institucionais e burocráticas, são compostas de gente e de trocas entre a diversidade de pessoas que circulam por elas. Abrir espaços de escuta e de encontros, de rodas de conversa, de trocas de experiências, fóruns ampliados de discussões para casos e contextos complexos, estruturar apoios matriciais e incluir também iniciativas culturais e de lazer podem auxiliar nessa difícil tarefa de ofertar uma rede potente de cuidados em condições adversas. Reconhecer essa dimensão faltante, lacunar e procurar estratégias de apoio para a rede também é promover saúde ^{14 20}.

Por fim, como observação final, reitera-se a necessária aposta por uma RAPS antimanicomial que possa identificar seus riscos de institucionalmente reproduzir muros ao invés de pontes e persistir no empenho por mudanças dessa cultura estrutural que tende a sintomaticamente se repetir na centralidade acachapante institucional e médico-hospitalar do intramuros ¹³⁻¹⁵. É fundamental reconhecer que o trabalho em rede é circular, móvel, por vezes menos contínuo do que se supõem e produz tanto encontros como formas de capturas. Identificar os pontos de atenção que estão conseguindo se organizar para ajudar a tecer a rede e apoiar aqueles fragilizados, que estão produzindo os chamados nós de tensão que a embaralha, segue protetivo ¹⁴. A disposição aos processos criativos e micropolíticos territoriais é potente para driblar tempos adversos. E nos sinaliza que, apesar das fragilidades e dos complexos contextos de crise, a RAPS está consolidada no SUS e tende a resistir, mesmo com recuos, perdas e dificuldades, em sua dimensão territorial e política.

Referências bibliográficas

1. Barros S, Bichaff R, organizadores. Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo. São Paulo: Fundap/Secretaria de Saúde do Governo do Estado de São Paulo; 2008.
2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988.
3. Brasil. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, DF; 2001. [acesso em 6 de setembro de 2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Diário Oficial da União, Brasília, DF; 2006a. [acesso em 6 de setembro de 2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html
5. Brasil. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 34. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. 176 p.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014. 160 p.
8. Brasil. Portaria n. 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 (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF; 2011. [acesso em 6 de setembro de 2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
9. Brasil. Clínica Ampliada e Compartilhada. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
10. Brasil. Portaria n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação n. 3 e n. 6, de 28/09/2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF; 2017. [acesso em 22 de agosto de 2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html
11. Campos, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.
12. Campos, G. W. S.; Domitti, A. C. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.
13. Cayres AZF. projetos terapêuticos nos Centros de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes (CAPS-i) do município de São Paulo na perspectiva dos trabalhadores de saúde mental. São Paulo. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2020.
14. Cayres AZF. Avanços e recuos na implantação da Rede de Atenção Psicossocial no Estado de São Paulo: regiões de saúde e as pactuações interfederativas. São Paulo. Tese [Doutorado em Saúde Pública] – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2020. 254 p.
15. Cayres AZF, Ribeiro MC, Elias R, Coutinho RA, organizadores. Caminhos para a desinstitucionalização no Estado de São Paulo: censo psicossocial 2014. São Paulo: Fundap/Secretaria da Saúde; 2015. 147 p.
16. Cayres AZF, Elias R, Menezes, P. A estrutura de acesso à saúde mental no Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo. In: Clínica Psiquiátrica - Guia Prático. 2a. ed. São Paulo: Ed. Manole, 2020, p. 444-457.
17. Conselho Federal de Psicologia (CFP). Hospitais psiquiátricos no Brasil: relatório de inspeção nacional. Brasília, DF: CFP; 2019. 128 p.
18. CUNHA, G.T. A construção da clínica ampliada na atenção básica. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
19. Duarte LS. Desenvolvimento desigual e regionalização do SUS: uma análise territorial dos recursos financeiros para as redes de atenção à saúde no Estado de São Paulo (2009-2014). São Paulo. Tese [Doutorado em Saúde Pública] – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2016.
20. Emerich, b.; Onocko-Campos, R. Saúdeloucura 10. São Paulo: Hucitec, 2019.
21. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde. DECLARAÇÃO DE CARACAS. 1990.
22. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.
23. OLIVEIRA, G.N. de. O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde. São Paulo: Hucitec, 2008.
24. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Planejamento de Saúde. Deliberação CIB n. 87, de 3 de dezembro de 2012. Diário Oficial [do] Estado de São Paulo; 2013. [acesso em 22 de agosto de 2020]. Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe_eletronico/2013/iels.out.13/iels192/E_DL-CIB-87_031212.pdf
25. Santos L, Campos GWS. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. Saude Soc. 2015;24(2):438-46.

