



**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS  
CÂMPUS UNIVERSITÁRIO DE MIRACEMA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E POLÍTICA SOCIAL**

**WANY TEIXEIRA LIMA**

**INTERVENÇÃO INTERDISCIPLINAR DO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE  
DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA FRENTE AO USO ABUSIVO DE  
PSICOFÁRMACOS**

**MIRACEMA DO TOCANTINS – TO**

**2019**

WANY TEIXEIRA LIMA

INTERVENÇÃO INTERDISCIPLINAR DO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA FRENTE AO USO ABUSIVO DE PSICOFÁRMACOS

Monografia apresentada à UFT -  
Universidade Federal do Tocantins -  
Campus Universitário de Miracema para  
obtenção do título de Especialista em  
Serviço Social e Política Social, sob  
orientação da Professora Doutora Cristina  
Vianna Moreira dos Santos.

MIRACEMA DO TOCANTINS – TO

2019

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins**

---

- L732i Lima, Wany Teixeira.  
Intervenção Interdisciplinar do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica Frente ao uso abusivo de psicofármacos . / Wany Teixeira Lima. – Miracema, TO, 2019.  
70 f.
- Monografia de Especialização - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Miracema - Curso de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social, 2019.  
Orientador: Cristina Vianna Moreira dos Santos
1. Política de Saúde. 2. Saúde Mental . 3. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica. 4. Psicofármacos. I. Título

**CDD 360**

---

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

**Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).**

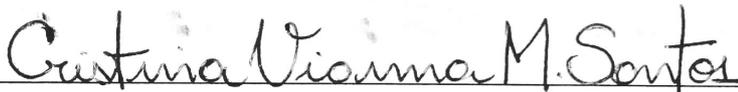
WANY TEIXEIRA LIMA

INTERVENÇÃO INTERDISCIPLINAR DO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA FRENTE AO USO ABUSIVO DE PSICOFÁRMACOS

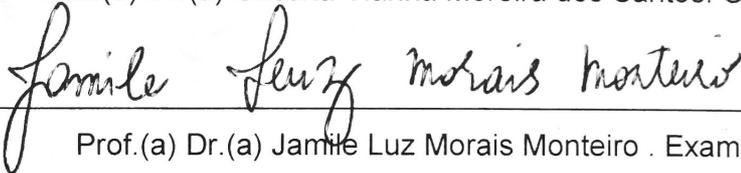
Monografia apresentada à UFT -  
Universidade Federal do Tocantins -  
Campus Universitário de Miracema para  
obtenção do título de Especialista em  
Serviço Social e Política Social, sob  
orientação da Professora Doutora Cristina  
Vianna Moreira dos Santos.

Data de Aprovação: 25/02/2019.

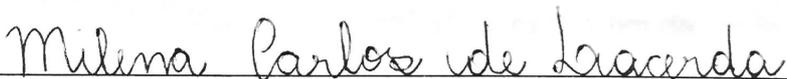
Banca Examinadora:



Prof.(a) Dr.(a) Cristina Vianna Moreira dos Santos. Orientadora. UFT.



Prof.(a) Dr.(a) Jamile Luz Morais Monteiro . Examinadora. UFT.



Prof.(a) Ms. Mestre Milena Carlos de Lacerda. Examinadora. UFT.

Dedico este trabalho a todos os usuários do SUS, por mim acolhidos no NASF-AB, aqueles que me confiaram suas dores, suas angústias, seus segredos mais íntimos e muitas vezes seu último voto de esperança. Em cada face, uma história de vida, um pedido, uma demanda. Deixo aqui registrado a minha imensa gratidão por cada um de vocês, que em busca de ajuda, possibilitaram-me um crescimento profissional e pessoal, aprimorando ainda mais o exercício da minha profissão.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, o grande arquiteto do Universo, pelo privilégio da existência, por ser bússola em meio a ventania, direcionando minha rota e, assim ter me trago até aqui. Sou grata por todo o cuidado e oportunidades concedidas, são diárias, a todo instante. À Ele minha eterna gratidão pela dádiva de existir.

À toda minha família, pelos pilares da existência, pelo amparo da vida toda, de cada um a seu jeito, por perdoar a minha ausência e compreender a minha distância física, por acolher minhas angústias mais profundas, por dividir as dores e as delícias da vida.

Aos professores do curso pela oportunidade, por me acolher e oferecer as condições necessárias para a concretização dessa etapa.

Às minhas queridas colegas Assistentes Sociais, companheiras de jornada, que não se contentando em compartilhar comigo somente seus espaços sócios ocupacionais, dividiram também, a sala de aula, ideias, saberes, descobertas, experiências, desafios e indagações. Agradeço-lhes por tamanha honra.

À prof.(a) Dr.(a) Cristina Vianna Moreira dos Santos, minha inestimável orientadora, aquela que me foi apresentada e tão bem me cativou, como ser humano e como profissional. Qualquer palavra seria insuficiente para expressar tudo aquilo que gostaria. Como agradecer sua ternura, sabedoria, disposição, orientação, contribuição, confiança, apoio, paciência, incentivo, oportunidades, compreensão e o seu olhar doce, sensato e ponderado? Parece-me, ainda, insuficiente. Sem dúvidas, sem o traço da sua delicadeza, nada disso seria possível. Espero retribuir-lhe. Continuar a caminhada.

À banca de defesa, prof.(a) Dr.(a) Jamile Luz Morais Monteiro e prof.(a) Ms. Milena Carlos de Lacerda, por terem aceito prontamente o convite e não negarem esforços para tal missão, recebam meus mais sinceros agradecimentos pelas valiosas contribuições.

Ao município e a estimada equipe do NASF-AB representados na amostra, pelo caloroso acolhimento e pelo companheirismo durante o percurso que por lá passei. Sou grata, pelas trocas de conhecimentos e pelo aprendizado recíproco.

Enfim, gratidão a cada um de vocês!

“É por essa necessidade compulsiva de abafar tudo que ameace a autonomia absoluta, que a cultura do século XX tornou-se a ‘cultura dos analgésicos’.”

(Santos e Sá, 2013)

## RESUMO

Esta pesquisa é resultante do Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Serviço Social e Política Social, realizado junto ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) de um município do Tocantins, com o objetivo principal de identificar os desafios e as possibilidades da atuação da equipe interdisciplinar do referido Núcleo, no atendimento ao uso abusivo de psicofármacos, entre as/os usuárias/os atendidos no ano de 2018. Para tanto, foi realizado um estudo descritivo de abordagem qualitativa, por meio de um levantamento bibliográfico das referências técnicas do Ministério da Saúde (MS) e do diário de campo da pesquisadora, com observações sobre a rotina de serviços do NASF-AB no município. Com a pesquisa, percebeu-se que as práticas cotidianas da equipe, se encontravam relativamente apoiadas pelo que propõe as recomendações do MS, mesmo que essa efetivação ocorra de forma limitada, devido à dificuldade de atuar de acordo com a demanda destacada, a fragilidade do trabalho em equipe e do compartilhamento de responsabilidades. As cenas descritas na discussão apresentada, apontaram os desafios da equipe na condução dos casos atendidos e, revelaram seu distanciamento e/ou aproximação das referências do MS. Desse modo, o protocolo de atendimento proposto através dos resultados alcançados, apontam as possibilidades da atuação da equipe e permite reorientar as práticas das ações interventivas, buscando desestimular o uso abusivo de psicofármacos. Assim, podemos concluir que, a pesquisa contribuiu significativamente, para pensar no NASF-AB enquanto espaço de consolidação do SUS e, por conseguinte contribuiu também para o aprimoramento dos profissionais da área.

**Palavras-chave:** Política de Saúde. Saúde Mental. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica. Psicofármacos.

## ABSTRACT

This research results from the Conclusion of the Specialization Course on Social Work and Social Policy, carried out at the Expanded Center for Family Health and Basic Attention (NASF-AB) of a municipality of Tocantins, with the main objective of identifying the challenges and the possibilities of the work of the interdisciplinary team of the said Nucleus, in the attendance to the abusive use of psychoactive drugs, among the users attended in the year 2018. For this purpose, a descriptive study of a qualitative approach was carried out, through a survey bibliography of the technical references of the Ministry of Health (MS) and the researcher's field diary, with observations about the routine of NASF-AB services in the municipality. With the research, it was noticed that the daily practices of the team, were relatively supported by what proposes the recommendations of the MS, even if this realization occurs in a limited way, due to the difficulty of acting according to the outstanding demand, the fragility of the teamwork and sharing responsibilities. The scenes described in the discussion presented, pointed out the challenges of the team in the handling of the cases attended and revealed their distancing and / or approximation of the MS references. Thus, the protocol of care proposed through the results achieved, points out the possibilities of the team's performance and allows reorienting the practices of the intervention actions, seeking to discourage abusive use of psychotropic drugs. Thus, we can conclude that the research contributed significantly to thinking about NASF-AB as a space for consolidation of the SUS and, therefore, also contributed to the improvement of professionals in the area.

**Keywords:** Health Policy. Mental Health. Expanded Core Family Health and Basic Care. Psychopharmaceuticals.

## LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1 - Carga horária dos profissionais que compõem a equipe NASF-AB no município, 2018/1 .....	39
---	----

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Modalidades de NASF, conforme a Portaria nº 3.124/2012 .....	21
Quadro 2 – Referências técnicas do Ministério da Saúde para o trabalho da equipe interdisciplinar em Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica .....	41
Quadro 3 – Trabalho da equipe interdisciplinar do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica de um município do estado do Tocantins .....	43
Quadro 4 – Práticas grupais de educação em saúde na Atenção Básica .....	45
Quadro 5 – Atividades grupais realizadas pela Equipe NASF-AB em conjunto com a ESF de um município do Tocantins .....	48
Quadro 6 – Desafios enfrentados pela Equipe NASF-AB no município .....	57
Quadro 7 – Protocolo com as possibilidades do trabalho da Equipe interdisciplinar NASF-AB no município frente ao uso abusivo de psicofármacos .....	59

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CFP	Conselho Federal de Psicologia
DAB	Departamento de Atenção Básica
eAB	equipe de Atenção Básica
eCR	equipe Consultório de Rua
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	equipe Saúde da Família
HIPERDIA	Hipertensos e Diabéticos
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFT	Universidade Federal do Tocantins

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E ATENÇÃO BÁSICA .....</b>	<b>17</b>
2.1 Implantação e regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) .....	17
2.2 Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB): Diretrizes e ferramentas de trabalho .....	20
<b>3 NOVO PARADIGMA EM SAÚDE MENTAL.....</b>	<b>28</b>
3.1 Trajetória da Saúde Mental no Brasil.....	28
3.2 Transtornos mentais comuns na rede de Atenção Básica à Saúde .....	32
3.3 Uso de psicofármacos .....	34
<b>4 ATUAÇÃO INTERDISCIPLINAR DOS PROFISSIONAIS NO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA .....</b>	<b>38</b>
<b>5 DESAFIOS E POSSIBILIDADES DA EQUIPE NASF-AB NO ATENDIMENTO DE PACIENTES QUE FAZEM USO ABUSIVO DE PSICOFÁRMACOS.....</b>	<b>51</b>
5.1 A inserção da psicologia no campo da saúde pública .....	51
5.2 Uso abusivo de psicofármacos: Reflexões a partir do diário de campo em um NASF-AB.....	53
5.3 Desafios e possibilidades da equipe .....	57
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>61</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>64</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho, apresenta uma discussão, sobre a intervenção interdisciplinar do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), frente ao uso abusivo de psicofármacos, entre os pacientes atendidos em uma Estratégia Saúde da Família (ESF), do município do Tocantins<sup>1</sup>. O interesse pela pesquisa surgiu a partir da crescente demanda, diante da recorrência de situações vivenciadas, ao longo da minha trajetória profissional, no referido município como psicóloga da equipe NASF-AB, onde atuei durante o período de 1 ano e 5 meses, tendo sido minha primeira experiência profissional nesta política de saúde.

Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), o NASF-AB corresponde a equipes multiprofissionais, compostas por profissionais de diferentes profissões ou especialidades, que devem atuar de modo interdisciplinar, dando apoio as equipes de Saúde da Família e das equipes de Atenção Básica, para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes ribeirinhas e fluviais), compartilhando práticas e saberes, buscando auxiliar as equipes apoiadas no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, bem como agregar práticas, na Atenção Básica, que ampliem o seu escopo de ofertas.

Nesse percurso profissional, me confrontei com inúmeros casos, marcados por histórias de pessoas em sofrimento psíquico e/ou vivenciando algum problema pessoal, que chegavam para o atendimento encaminhados pelos profissionais da ESF, por acreditar na necessidade de um acompanhamento psicológico sobre o caso ou por meio de demanda espontânea. A grande maioria desses pacientes tinham histórico de prescrição de psicofármacos, muitas vezes, a longo prazo, sem o devido acompanhamento, progressão ou diminuição da dosagem. Nessa perspectiva, fazia-se necessário uma maior compreensão sobre quais os desafios e as possibilidades da atuação da equipe no NASF-AB frente à redução do uso abusivo de psicofármacos.

A relevância desta pesquisa aponta para a necessidade da integração de novas práticas educativas em saúde, por meio de um espaço de compartilhamento interdisciplinar, para discussão de casos e, conseqüentemente, para a construção

---

<sup>1</sup> A escolha de não citar o nome do referido município, não altera os objetivos traçados por esta pesquisa e, está relacionada as implicações éticas da mesma, buscando desta forma, prezar pela imagem dos envolvidos.

de projetos terapêuticos, principalmente, em casos de saúde mental, para pessoas em sofrimento psíquico, que são atendidas por diversos profissionais, que por vezes sentem-se sozinhos na condução dos casos.

A realização desta pesquisa buscou contribuir ao campo da saúde, uma vez que, a gravidade da dimensão do problema ainda é pouco reconhecida, ampliando discussões e reflexões sobre o assunto, podendo assim, aprimorar as ações de saúde da equipe, estimulando alternativas para buscar melhor atender e acompanhar o tratamento desses pacientes (ALMEIDA, 2016).

Um fato a ser levado em consideração é o uso desses medicamentos, muitas vezes sem necessidade, uma vez que a maioria dos pacientes não apresenta transtorno mental que justifique a prescrição médica. Considerando-se que os psicofármacos podem causar diversos efeitos adversos, dependência e gerar problemas de saúde ao usuário, faz-se necessário planejar estratégias de intervenções em saúde mental e a promoção do uso racional dos medicamentos (MOURA *et. al.*, 2016).

No tratamento daqueles pacientes que tem indicação para o seu uso, sem dúvida, os psicofármacos apresentam-se com uma ferramenta importante. No entanto, sua utilização deve ser acompanhada e avaliada, evitando dessa forma, situações de uso indiscriminado e inadequado dessas substâncias e até mesmo a automedicação. Assim, é preciso oferecer subsídios necessários para a formulação de estratégias de medidas que diminuam os efeitos indesejados e riscos que esse uso sem controle e segurança podem causar (ALMEIDA, 2016).

A pesquisa teve como objetivo principal identificar os desafios e as possibilidades da atuação da equipe interdisciplinar do NASF-AB no atendimento ao uso abusivo de psicofármacos entre as/os usuárias/os da ESF de um município do Tocantins. Constituindo-se dos seguintes objetivos específicos: apontar ações e/ou práticas interventivas descritas nas referências técnicas do Ministério da Saúde (MS) para o trabalho da equipe interdisciplinar em NASF-AB; descrever ações e/ou práticas interventivas do trabalho da equipe interdisciplinar do NASF-AB de um município do estado do Tocantins que buscam desestimular o uso abusivo de psicofármacos e avaliar como se desenvolve o trabalho da equipe interdisciplinar no referido Núcleo e a sua aproximação ou distanciamento das diretrizes apontadas.

A fim de buscar atender os objetivos propostos foi realizado um estudo descritivo de abordagem qualitativa. Segundo Gil (2008), o estudo descritivo é o

estudo, a análise, o registro e a interpretação dos fatos do mundo físico do pesquisador. Neste tipo de pesquisa o que se busca é o entendimento do fenômeno como um todo, na sua complexidade, através da transcrição de entrevistas, anotações de campo, desenhos e outros documentos. Já o método qualitativo, Minayo e Sanches (1993) destacam que o mesmo trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões, o que não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas, logo, Ladim (*et al.*, 2006) completa afirmando que para isso, objetivam aprofundar a complexidade de fenômenos, fatos e processos capazes de serem abrangidos intensamente.

A coleta de dados foi feita por meio de duas estratégias. A primeira foi um levantamento bibliográfico das referências técnicas do Ministério da Saúde (MS) para o trabalho da equipe interdisciplinar em Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), visando elencar as ações e/ou práticas interventivas previstas na Política de Saúde, por meio do Caderno de Atenção Básica nº 39, que diz respeito as ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano do NASF; e do Caderno de Atenção Básica nº 27 que trata das Diretrizes do NASF.

A segunda estratégia de coleta teve como instrumento, o diário de campo da pesquisadora do tipo descritivo e analítico-reflexivo, com observações sobre a rotina de serviços do NASF-AB em um município de Tocantins, sobre as ações e/ou práticas interventivas do trabalho da equipe interdisciplinar que buscam desestimular o uso abusivo de psicofármacos.

De acordo com Triviños (1987) o diário de campo pode ser entendido como o processo de coleta e análise de informações, que compreendem descrições de fenômenos sociais, através do levantamento de explicações sobre os mesmos e a compreensão da totalidade da situação em estudo ou em um atendimento. Este pode ser classificado como descritivo - transmitir com exatidão a exposição dos fenômenos sociais – e, analítico-reflexivo - anotações das observações dos acontecimentos e dos processos, que indicam quais questões devem ser aprofundadas a partir de maiores informações ou indagações, pois se entende que estas reflexões avançam na busca de significados e explicações dos fenômenos apreendidos.

Os dados foram organizados em gráfico e quadros e a análise das informações buscou identificar os desafios e as possibilidades da atuação em um

NASF-AB e, sua aproximação ou distanciamento, das referências técnicas do Ministério da Saúde para o desenvolvimento do trabalho em saúde e saúde mental.

Este trabalho divide-se da seguinte forma: o primeiro capítulo “Sistema Único de Saúde (SUS) e Atenção Básica ” traça um breve histórico do surgimento do SUS e em seguida, apresenta a política de saúde do NASF-AB bem como suas principais ferramentas de trabalho e diretrizes norteadoras.

No segundo capítulo intitulado: “Novo paradigma em saúde mental”, é traçado o contexto histórico da saúde mental no Brasil, segundo os movimentos da Reforma Sanitária e Psiquiátrica, que aponta os avanços da saúde mental no país e o surgimento de novos programas para contemplar a demanda de transtornos mentais comuns, em contrapartida o aumento do uso de psicofármacos na atualidade, trazendo em destaque os requisitos para a prescrição dos mesmos na Atenção Básica.

O terceiro capítulo apresenta os primeiros resultados e discussões da pesquisa, intitulado: “A atuação interdisciplinar dos profissionais no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica”, com enfoque nas referências técnicas do MS para a atuação da equipe e com base nas experiências cotidianas do exposto Núcleo. Com base nos objetivos traçados, buscou-se avaliar como era desenvolvido esse trabalho, a partir da sua aproximação ou distanciamento do que propõe o MS.

Nesse último e quarto capítulo “Desafios e possibilidades da equipe NASF-AB no atendimento de pacientes que fazem uso abusivo de psicofármacos” é dada a continuidade da apresentação dos resultados e discussões da referida pesquisa, com destaque para a experiência da pesquisadora, enquanto psicóloga do NASF-AB, baseado em sua prática profissional no dito programa, a respeito da atuação da equipe interdisciplinar frente a demanda do uso abusivo de psicofármacos.

Por fim, o presente trabalho apresenta as “Considerações Finais” da reportada pesquisa, dando a conhecer as principais inferências sobre o tema em questão, a fim de contribuir para os avanços do campo acadêmico e no sentido de aprimorar o exercício dos profissionais nessa área de atuação.

## CAPÍTULO I

### 2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E ATENÇÃO BÁSICA

Este capítulo apresenta conceitos e definições básicas sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) em seu processo de implantação o qual ocorreu de maneira gradual, a partir de um conjunto de leis voltadas a sua organização e implementação, além de inúmeros decretos, portarias conjuntas e portarias normativas do Ministério da Saúde. Em seguida, apresenta-se o surgimento do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), suas diretrizes e ferramentas como possibilidades de trabalho da equipe.

#### 2.1 Implantação e regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu a partir de um conjunto hierarquizado, regionalizado e articulado de serviços e ações em saúde, normatizado e implantado pela lei orgânica da saúde (Lei nº 8.080/90), seguindo um novo modelo de política pública, tendo como princípios doutrinários de acordo com o Art. 7:

- Universalização – saúde como direito de todos e dever do Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais (BRASIL, 1990).
- Equidade – tem como objetivo diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, possuem diferentes necessidades, ou seja, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior (BRASIL, 1990).
- Integralidade – este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para tanto, é necessária a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 1990).

Ainda conforme o Art. 7 (BRASIL, 1990), os princípios organizativos do SUS são:

- Regionalização e Hierarquização: organização dos serviços em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos e com definição e conhecimento da população a ser atendida. A regionalização pode ser compreendida como um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região.
- Descentralização e Comando Único: descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo, ou seja, prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função.
- Participação Popular: a sociedade deve participar no dia-a-dia do sistema por meio dos Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

De acordo com o Art. 5º da referida lei, o SUS dispõe dos seguintes objetivos:

I – identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; II – formulação de política de saúde (regionalização); III – assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com integrações das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 1990).

Dessa forma, o SUS opera em três níveis de atenção à saúde, organizados em crescente nível de complexidade e densidade tecnológica, como Atenção Primária, Atenção Secundária e Terciária (BRASIL, 2012). Considerando o objetivo proposto por esta pesquisa, cabe aqui discorrer sobre o primeiro nível, a Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB), assim também, nomeada por alguns autores.

Vale destacar, que existe uma discussão relevante sobre a terminologia ideal para nomear o primeiro nível de atenção à saúde. Segundo Mello, Fontanella e Demarzo (2009), no processo histórico brasileiro a expressão “Atenção Básica” foi

oficializada pelo Governo Federal, embora, em documentos oficiais, identifique-se uma crescente utilização de “Atenção Primária à Saúde”. Tal discussão ganha contornos especiais e os autores expõem que

[...] as origens históricas e diferenças conceituais dessas expressões, assumindo que o conhecimento histórico e a fundamentação dos conceitos atrelados a esses termos podem contribuir para clarificar o debate e o entendimento da proposta brasileira de Atenção Básica dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

[...] os termos “Atenção Básica”, “Atenção Primária” e “Atenção Primária à Saúde” podem ser utilizados como sinônimos, na maioria das vezes, sem que isto se torne um problema conceitual. Porém, em algumas ocasiões, seus referenciais variam desde as correntes francamente funcionalistas até aquelas mais progressistas, particularmente opondo os conceitos de “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde” ao de “Atenção Primária” (MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009, p. 204).

Assim, afim de evitar confusão em termos conceituais, nesse trabalho será adotado e padronizado a expressão Atenção Básica, que de acordo com Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) pode ser caracterizada pelo conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2012, p. 12).

Para a reorganização da Atenção Básica no país, criou-se a Estratégia Saúde da Família (ESF) como forma de expandir, qualificar e consolidar a AB, possibilitando dessa maneira reorientar o processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios e diretrizes do SUS, ampliando a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, no que diz respeito a custo-efetividade (MORAIS; GOMES; GUIMARÃES, 2016). Assim, ESF, que pode ser considerada uma das portas de entrada da Rede de Atenção à Saúde (RAS),

podendo ser caracterizada pela existência de uma equipe multiprofissional de saúde da família, no caso, a equipe de referência, responsável pela condução do cuidado, que deve ser composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo ainda ampliar esta composição, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista e técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012).

A análise da trajetória de implementação da Atenção Básica revelou que a amplitude e complexidade dessas equipes, a falta de recursos técnicos e materiais, mostrou a necessidade da contribuição de outros profissionais da saúde. Corroborando com essa ideia, Cela e Oliveira (2015, p.32) ratificam que as políticas públicas de saúde no país são historicamente marcadas pela lógica reformista, na qual “novas instituições surgem para remediar falhas no planejamento ou execução do que fora anteriormente instituído”.

A partir desse cenário, o conceito de saúde se amplia, envolvendo fatores sociais, culturais e psicológicos, tornando-se necessário ter uma visão holística<sup>2</sup> do sistema para melhor compreender e avaliar os inúmeros fatores envolvidos nesse processo. Assim, devido a sua grande complexidade, as ações das equipes de saúde acabaram por exigir a interferência de outros profissionais da saúde, organizando uma estrutura de Apoio Matricial<sup>3</sup>, hoje referendada e ampliada pelo MS através da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008, que criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) na perspectiva de melhor qualificar as ações da Atenção Básica (MOREIRA e CASTRO, 2009).

## **2.2 Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB): Diretrizes e ferramentas de trabalho**

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), atribuindo uma nova nomenclatura ao programa que, de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), passa a ser renomeado como Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) por meio da portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017).

---

<sup>2</sup> Compreender os fenômenos na sua totalidade e globalidade.

<sup>3</sup> Para melhor compreensão o referido termo será definido adiante no corpo do trabalho.

Desse modo, a política do NASF-AB é uma estratégia inovadora, que conforme as diretrizes do programa apresentam os seguintes objetivos:

[...] aumentar efetivamente a resolutividade e a qualidade da Atenção Básica. Isso deve ser feito por meio da ampliação das ofertas de cuidado, do suporte ao cuidado e à intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em âmbito individual quanto coletivo. Dessa forma, amplia-se o repertório de ações da Atenção Básica, a capacidade de cuidado de cada profissional e o acesso da população a ofertas mais abrangentes e próximas das suas necessidades (BRASIL, 2014, p. 21).

Conforme a portaria de nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, existem três modalidades de NASF financiados e reconhecidos formalmente pelo MS:

Quadro 1 – Modalidades de NASF, conforme a Portaria nº 3.124/2012

<b>Modalidades</b>	<b>Nº de equipes vinculadas</b>	<b>Somatória das Cargas Horárias profissionais<sup>4</sup></b>
<b>NASF 1</b>	<b>5 a 9</b> eSF <sup>5</sup> e/ou eAB <sup>6</sup> para populações específicas (eCR <sup>7</sup> , equipe ribeirinha e fluvial)	<b>Mínimo 200</b> horas semanais. Cada ocupação deve ter, no <b>mínimo, 20h e, no máximo, 80h</b> de carga horária semanal.
<b>NASF 2</b>	<b>3 a 4</b> eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, equipe ribeirinha e fluvial)	<b>Mínimo 120</b> horas semanais. Cada ocupação deve ter, no <b>mínimo, 20h e, no máximo, 40h</b> de carga horária semanal
<b>NASF 3</b>	<b>1 a 2</b> eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, equipe ribeirinha e fluvial)	<b>Mínimo 80</b> horas semanais. Cada ocupação deve ter, no <b>mínimo, 20h e, no máximo, 40h</b> de carga horária semanal.

Fonte: DAB/SAS/MS (BRASIL, 2013).

A responsabilidade da definição dos profissionais que irão compor cada tipo de NASF-AB é do gestor municipal, que devem, entretanto, priorizar as necessidades do território e a disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações (BRASIL, 2014). Essas equipes multiprofissionais e interdisciplinares são compostas por categorias de profissionais da saúde,

<sup>4</sup> Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas.

<sup>5</sup> Equipe Saúde da Família.

<sup>6</sup> Equipe de Atenção Básica.

<sup>7</sup> Equipe Consultório na Rua.

complementares às equipes que atuam na Atenção Básica, sendo constituída por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família e de Atenção Básica (BRASIL, 2009).

Sendo assim, as ações desenvolvidas pelos NASF-AB possuem dois principais públicos-alvo: as equipes de referência apoiadas e os usuários do SUS diretamente. O NASF-AB, portanto, faz parte da Atenção Básica, porém não se constitui como um serviço com espaço físico próprio, ou seja, é necessário que os profissionais do Núcleo utilizem das Unidades Básicas de Saúde e de outros pontos do território para execução do seu trabalho. Dessa forma, devem atuar a partir das demandas identificadas em conjunto com as equipes vinculadas, de maneira integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços, além de outras redes como o Sistema Único da Assistência Social (SUAS), redes sociais e comunitárias (BRASIL, 2014).

Um componente importante da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é o Programa Saúde na Escola (PSE) instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, que surgiu como:

Política intersetorial entre educação e saúde que compreende a escola como espaço privilegiado de práticas de promoção de saúde e prevenção de agravos e doenças, por meio de ações compartilhadas que têm como corresponsáveis atores de ambos os setores. O NASF pode atuar com as equipes de Atenção Básica compondo ações de promoção para faixas etárias e necessidades em saúde variadas (BRASIL, 2014, p. 98).

O desenvolvimento e a organização do processo de trabalho do NASF-AB, portanto, dependem de algumas ferramentas que possibilitam a operacionalização do trabalho da equipe, como é o caso do apoio matricial, da clínica ampliada, do Projeto Terapêutico Singular (PTS), do genograma, do ecomapa, das visitas domiciliares, do atendimento individual ou consulta compartilhada, que serão definidas a seguir. Vale ressaltar, que estes são alguns dos principais instrumentais que podem ser utilizados pelo NASF-AB, o que não esgota o arsenal de possibilidades de atuação da equipe.

A implantação do programa se caracteriza como um passo importante para consolidação da equipe de Saúde da Família, considerando que o NASF-AB enfatiza um trabalho interdisciplinar mediante o apoio matricial, cujo principal objetivo é

possibilitar a corresponsabilização e a integralidade do cuidado na Atenção Básica (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

A constituição de uma rede de cuidados é uma das estratégias essenciais dentro da lógica de trabalho de um Nasf. Para tanto, sua equipe e as equipes de Saúde da Família deverão criar espaços de discussões internos e externos, visando o aprendizado coletivo. Dentro de tal perspectiva, o Nasf deve buscar superar a lógica fragmentada da saúde para a construção de redes de atenção e cuidado, de forma corresponsabilizada com a ESF. É a situação desejável, mas que não acontecerá de forma espontânea e natural. Sendo assim, é necessário que os profissionais do Nasf assumam suas responsabilidades em regime de cogestão com as equipes de Saúde da Família e sob a coordenação do gestor local, em processos de constante construção (BRASIL, 2009, p. 8).

O trabalho do NASF-AB é pautado no referencial teórico-metodológico do Apoio Matricial, que aplicado à Atenção Básica, refere-se em síntese, a uma estratégia de organização do trabalho em saúde que ocorre por meio da integração de equipes de referência e os profissionais do NASF-AB (BRASIL, 2014). O Apoio Matricial difere do atendimento realizado por um especialista dentro de uma unidade de atenção primária tradicional. O matriciamento pode ser entendido conforme apontam Figueiredo e Campos (2009) como um suporte técnico especializado, ofertado a uma equipe interdisciplinar em saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações.

Nesse sentido, Apoio Matricial pode ser definido como o conjunto de profissionais que contribuem com suas especialidades e experiências para complementar a Equipe de Referência – no caso, a equipe multiprofissional de saúde da família – e promover, em parceria, estratégias de intervenção e compartilhamento da responsabilidade pela clientela atendida. Desse modo, a perspectiva interdisciplinar favorece a criatividade dos profissionais envolvidos na construção dos dispositivos na Atenção Básica (BRASIL, 2009).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), o NASF-AB deve auxiliar no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas em saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários, visando contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, por meio da Clínica Ampliada que ocorre de maneira interdisciplinar e multiprofissional. Furtado e Carvalho (2015) apontam que o trabalho em equipe interdisciplinar, organizado a partir da lógica do Apoio Matricial, possibilita a efetivação da Clínica Ampliada, à medida que permite

reduzir a fragmentação do processo de trabalho, decorrente das mais diversas especializações envolvidas.

Assim, Clínica Ampliada pode ser compreendida, basicamente, como a articulação e o diálogo de diversos saberes para buscar entender os processos de saúde e adoecimento, bem como a necessidade de integração dos usuários como cidadãos participantes das condutas em saúde, inclusive de seu projeto terapêutico. Nessa proposta, cada profissão faz um recorte, um destaque de sintomas e informações, cada uma de acordo com seu núcleo profissional, ajustando os recortes teóricos de cada profissão às necessidades dos usuários (BRASIL, 2009).

Nesse contexto, a relação entre as duas equipes (de apoio matricial e de referência) caracterizam-se como arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho a fim de ampliar as possibilidades de realização da Clínica Ampliada e maior integração de diálogo entre as distintas especialidades e profissões. O processo de trabalho no NASF-AB, portanto, ocorre de maneira interdisciplinar entre profissionais como Fisioterapeuta, Psicólogo, Assistente Social, Farmacêutico, Educador Físico, Nutricionista e dentre outros, que atuam dando apoio a equipe Saúde da Família (CAMPOS; DOMITTI 2007). Portanto, a interdisciplinaridade aparece como ferramenta capaz de contribuir para o avanço da atenção qualitativa e de satisfação completa do usuário do serviço (BRAVO, 2009).

Nessa perspectiva, a interdisciplinaridade se apresenta como:

[...] o trabalho em que as diversas ações, saberes e práticas se complementam. Disciplinas implicam condutas, valores, crenças, modos de relacionamento que incluem tanto modos de relacionamento humano quanto de modos de relação entre sujeito e conhecimento. O prefixo 'inter' indica movimento ou processo instalado tanto 'entre' quanto 'dentro' das disciplinas. A interdisciplinaridade envolve relações de interação dinâmica entre saberes. No projeto interdisciplinar não se ensina, nem se aprende: vive-se, exerce-se. Ela deve ser entendida também como uma atitude de permeabilidade aos diferentes conhecimentos que podem auxiliar o processo de trabalho e a efetividade do cuidado num determinado momento e espaço (BRASIL, 2009, p. 18).

Segundo Campos (2000), no processo de construção coletiva do cuidado entre equipe de apoio e equipe de referência, profissionais de diferentes profissões compartilham saberes ao se depararem com a realidade. Conseqüentemente, existe o campo comum a todos, e o núcleo específico de cada especialidade ou profissão, estando os conceitos de núcleo e campo estreitamente ligados com a proposta do Apoio Matricial,

[...] O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de uma prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina ou profissão buscariam em outras, apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas [...] campo intelectual se conformaria como espaço aberto [...] um núcleo, ao contrário, indicaria uma aglutinação, uma determinada concentração de saberes e de práticas, sem, contudo, indicar um rompimento radical com a dinâmica do campo [...] (CAMPOS, 2000, p. 220-221).

Dentre os recursos utilizados na relação entre equipe matricial e equipe de referência no cuidado do usuário, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) aparece como principal. O PTS “é o processo de elaboração de uma hipótese diagnóstica e um plano de tratamento e acompanhamento de um caso, que pode ser um indivíduo, uma família, um grupo ou um território” (BRASIL, 2014, p. 74). Ressaltando, que o mesmo é elaborado a partir da troca de saberes entre os profissionais envolvidos, sendo a equipe de referência responsável pelo acompanhamento do caso e aplicação do projeto.

Vale ressaltar que, quando se fala na formulação de um projeto terapêutico, é necessário entender que se trata de uma das estratégias de trabalho, assim como o Apoio Matricial utilizado pelo NASF-AB em conjunto com a ESF, visando a singularidade do caso, de modo que as condutas e as metas sejam negociadas através da discussão dos profissionais e do compartilhamento com o usuário. Dessa maneira, os profissionais juntos devem buscar propostas articuladas para a atenção a um sujeito individual ou coletivo considerando os recursos da equipe, do território, da família e do próprio sujeito (CAMPOS; GAMA, 2010).

Para tanto, faz-se necessário compreender o sujeito do cuidado, utilizando-se de ferramentas como o genograma e o ecomapa, que são recursos que possibilitam “desenhos” da rede de relações familiares e intergrupais que cercam tanto o indivíduo como a família, visando identificar seu campo de apoio social e familiar, por meio de gráficos, que visualizam seus recursos e necessidades.

Nessa perspectiva, o genograma é instrumento clínico de trabalho para os profissionais de saúde em diferentes áreas que possibilita organizar os dados referentes à família e suas relações, permitindo uma visualização abrangente sobre a organização familiar, possibilitando analisar a estrutura da família, sua composição, problemas de saúde, situações de risco e padrões de vulnerabilidade. Já o ecomapa é um instrumento de avaliação no mapeamento de redes, apoio sociais e ligações da família com a comunidade, que visa representar as interações

da família com pessoas, instituições ou grupos sociais em determinado momento (BRASIL, 2014).

As visitas domiciliares também se apresentam como ferramentas importantes nesse processo de trabalho, destinando-se aos pacientes que estão impossibilitados de ir à unidade de saúde e ao apoio aos cuidadores e familiares, onde se propõem a escuta desses sujeitos, para melhor compreensão de como vivenciam suas questões cotidianas (FREITAS; CARDOZO, 2015).

O atendimento ou consulta compartilhada consiste no apoio solicitado, onde profissionais da equipe do NASF-AB e ESF compartilham o atendimento para conversar diretamente com o paciente ou familiar em questão sobre o caso. No atendimento individual específico a lógica do Apoio Matricial não inviabiliza que este tipo de atendimento aconteça. Todavia, embora seja necessário considerar as necessidades do território, usuário ou família, a modalidade de NASF-AB e a conformação da rede do município, no entanto, é primordial que exista negociação, diálogo contínuo, postura ética e corresponsabilização por parte de todos os envolvidos (BRASIL, 2014).

Nessa perspectiva, o NASF-AB pode produzir diálogo com diversos pontos de atenção, com o intuito de buscar corresponsabilização na condução do cuidado. As relações do usuário com sua família, seu território e os diferentes locais por onde circulam devem ser levados em consideração. Assim, pode-se destacar como ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais do NASF-AB: educação permanente, atendimento individual específico, atendimento individual compartilhado, reunião de equipe, discussão de casos, construção de PTS, atendimento domiciliar, atendimento em grupo, práticas corporais, grupos educativos, encontros comunitários, ações para a promoção de modos de vida saudáveis, grupos terapêuticos, apoio às ações do PSE (Programa Saúde da Escola), ações de educação em saúde e ações coletivas para a construção de cidadania (BRASIL, 2014).

Essas ações podem ser desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Academia da Saúde, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Escolas, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou em outros pontos do território, como espaços que ampliam a capacidade de intervenção coletiva das equipes de Atenção Básica para as ações de promoção de saúde, visando fortalecer o

protagonismo de grupos sociais em condições de vulnerabilidade na superação de sua condição (BRASIL, 2012).

Todavia, faz-se necessário salientar que esse conjunto de atividades passíveis de serem desenvolvidas, não representam as únicas possibilidades de atuação da equipe NASF-AB. Ressaltando que, o NASF-AB não precisa, necessariamente, desenvolver todas essas atividades constantemente e, que nem todos os profissionais têm a obrigação de fazer todas elas, pois entre as UBS apoiadas por uma mesma equipe, pode haver divergência nos tipos de atividade, tanto por diferenças nos territórios, quanto nas competências dos profissionais das equipes apoiadas (BRASIL, 2014).

Conforme destacado inicialmente, a organização da equipe NASF-AB é definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos, das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas. No entanto, a portaria que regulamenta o NASF-AB sugere que cada equipe conte com pelo menos 01 (um) profissional da área de saúde mental, considerando a crescente demanda de pessoas com transtornos dessa natureza (FURTADO; CARVALHO, 2015).

É nesse espaço, que entre os profissionais de saúde mental, podem fazer parte da equipe psiquiatras, terapeutas ocupacionais, e psicólogas/os, conforme consta na Portaria nº 154/2008 (BRASIL, 2008). Dessa forma, buscar-se-á compreender como se deu o contexto da saúde mental no Brasil a partir de um conjunto de movimentos em prol de uma assistência à pessoa em sofrimento psíquico.

## **CAPÍTULO II**

### **3 NOVO PARADIGMA EM SAÚDE MENTAL**

O presente capítulo busca alicerçar o conhecimento acerca do contexto histórico da saúde mental no Brasil, trazendo à luz a discussão de seu início no país, a partir dos movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica. Dessa forma, busca apresentar, as novas propostas de saúde mental no SUS, através do surgimento e implantação dos Centros de Atenção Psicossociais – CAPS e apontar a necessidade de novas políticas e/ou programas para apoiar as equipes de saúde, ao se tratar de demandas de saúde mental no município de pequeno porte. Assim, o referido capítulo pretende também situar a/o leitora/o em relação aos transtornos mentais comuns na Atenção Básica, destacando o panorama do uso de psicofármacos nos dias atuais, bem como os princípios básicos para prescrição deste tipo de medicamento na Atenção Básica.

#### **3.1 Trajetória da Saúde Mental no Brasil**

As propostas do movimento da Reforma Sanitária possibilitaram a construção de um modelo vigente de saúde pública brasileira. Tal movimento político e social se consolidou pela luta dos brasileiros por mudanças, especialmente, no que refere ao acesso a bens e serviços de saúde, um privilégio antes de poucos, marcando um cenário de enfrentamento pela democratização do país em pleno regime ditatorial, almejando conquistas a outros direitos sociais, além do direito à saúde que foram garantidos a partir dessa mobilização (PAIM, 2009).

Bravo e Correia (2012), apontam que a necessidade da participação social apresentada pelo Movimento da Reforma Sanitária, no conjunto das lutas contra a privatização da medicina previdenciária e à regulação da saúde pelo mercado, colocou em discussão a tendência hegemônica de prestação de assistência médica como fonte de lucro. Assim, as lutas em torno da saúde, potencialmente, articularam a pequena política à grande política, considerando a determinação econômica e social do processo saúde e doença, entendido com resultado das relações sociais numa sociedade de classes.

Os referidos autores afirmam que:

Após um longo processo de lutas sociais em torno do direito à saúde, capitaneado pelo Movimento de Reforma Sanitária, a participação da comunidade e a descentralização tornam-se diretrizes do novo Sistema Nacional de Saúde na Constituição Federal de 1988. Esta participação foi regulamentada pela Lei n. 8.142/90, por intermédio das conferências e dos conselhos (BRAVO; CORREIA, 2012, p. 129).

A Constituição Federal de 1988, incorporou as propostas desse movimento entrelaçada a VIII Conferência Nacional de Saúde – considerada, o marco paradigmático desse contexto – permitindo a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), Lei n.8080 de 19 de setembro de 1990. Dessa forma, o SUS surgiu como fruto do movimento da Reforma Sanitária, movimento que funcionou como importante interlocutor no desenvolvimento de um novo padrão de serviços públicos de saúde, além de permitir que, na área da saúde, diferentes grupos e classes sociais participassem das discussões para a definição das políticas sociais, levando-se em consideração que a saúde é um bem público construído pela participação de todos os setores da sociedade brasileira (ALVES, 2009).

Aproximando-se da questão da saúde mental, inserida no contexto do SUS, Amarante (2001) aponta que a mesma foi marcada pela busca da construção de novos modelos de atenção influenciados pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, um modelo bastante audacioso, não só por prever ações intersetoriais e trabalhos interdisciplinares de forma a alcançar uma boa qualidade de vida para as famílias e grupos, mas também, Buss (2000) destaca que, por seu vasto objetivo, que é o da promoção integral da saúde. Com isso, mostram-se necessárias diversas formas de intervenções, muitas ainda não construídas, considerando-se a complexidade das necessidades em saúde (MINAYO *et al.* 2000).

Tal reforma deve ser compreendida como uma transformação no processo social e político em relação à saúde-doença mental e não somente como uma mudança no modo como a pessoa em sofrimento psíquico é compreendida psicopatologicamente e tratada. O movimento reformador discute sobre os caminhos a serem percorridos, arranjos e reajustes, colocando em discussão não só os profissionais de saúde, mas também usuários e familiares, sendo influenciado pela Psiquiatria Democrática italiana, que corresponde a um conjunto de movimentos que

segue objetivando transformar o modelo de atenção e cuidados em saúde mental tendo, atualmente, diversas denominações (OLIVEIRA; AMARANTE, 2010).

A Reforma Psiquiátrica, conhecida como 'luta antimanicomial', iniciou no Brasil quando ganhou corpo o debate sobre o fim dos hospícios e o tratamento dos pacientes fora dos hospitais, inspirada no modelo definido pelo italiano Franco Basaglia que, em 1961, assumiu a direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia e transformou o manicômio em uma comunidade terapêutica, com princípios humanistas. Foi apresentado projeto de lei propondo uma nova política de saúde mental, a qual só foi estabelecida legalmente em 2001, com a lei 10.216, que protege os direitos dos doentes e redireciona o modelo assistencial (AMARANTE, 2001).

Vale destacar que a Nota Técnica Nº 11/2019 intitulada "Nova Saúde Mental", publicada recentemente pela Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, que incentiva o retorno a lógica manicomial, a hospitalização e o tratamento desumanizando, inclusive com a proposta de financiar aparelhos de eletroconvulsoterapia, implica nas pautas e avanços da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, podendo apontar retrocessos no campo da Saúde Mental no plano jurídico e político (BRASIL, 2019).

O Conselho Federal de Psicologia (CFP) vem a público manifestar repúdio à Nota Técnica Nº 11/2019, apontando que diante da atual conjuntura de avanço do conservadorismo e de redução de recursos para as políticas públicas sociais, com violento ataque ao Sistema Único de Saúde (SUS) é necessário reforçar a desconstrução do modelo asilar e combater a cada dia o manicômio em suas várias formas, do hospital psiquiátrico à comunidade terapêutica, incluindo o manicômio judiciário (CFP, 2019).

A proposta do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) é que a saúde mental no SUS seja organizada a partir dos Centros de Atenção Psicossociais – CAPS, instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, que visam estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica, considerando que estes centros estejam em contato com os outros serviços territorializados da rede construindo em conjunto as novas formas de cuidado, sendo assim definidos como:

[...] um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004, p. 13).

Na Atenção Básica, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), com relação a saúde mental, aponta a importância da integralidade da atenção à saúde e constata que as equipes de AB, cotidianamente, se deparam com problemas dessa natureza. Pondera que, essas equipes se apresentam como um recurso estratégico para o enfrentamento de diversos problemas nessa área, como o uso abusivo de álcool, drogas e diversas outras formas de sofrimento psíquico, por sua proximidade com famílias e comunidades, destacando que:

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 [...] todo problema de saúde é também – e sempre – de saúde mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde (BRASIL, 2005, p. 33).

Portanto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou mão da integração de ações de saúde mental na Atenção Básica, revelando que o processo caminha lentamente, não sendo realizado na maioria dos países, por inúmeros motivos como: a falta de apoio político, gestão inadequada dos serviços de saúde, sobrecarga de trabalho para os profissionais, aliado também ao fato de alguns países ainda basearem suas práticas no modelo psiquiátrico centrado no hospital. Diante disso, a OMS reafirma a importância do foco no território, na comunidade e em redes de serviços de saúde que se organizem de forma a reconhecer que a atenção à saúde mental é parte dos cuidados primários de saúde, lugar privilegiado às novas formas de cuidar (OMS, 2008).

Partindo desse pressuposto, a Atenção Básica possui um importante papel no cuidado em saúde mental, pelo fato deste nível de atenção preconizar uma assistência à saúde que alcance todos os indivíduos e famílias da comunidade, sendo capaz de organizar os recursos básicos especializados, direcionados para promoção, manutenção e melhora da saúde, aproximando-se dos seus problemas

de saúde, inclusive os problemas de saúde mental. Com isso, percebe-se a necessidade dessas equipes estarem cada vez mais capacitadas para atuarem nesse campo, possibilitando a efetivação dos princípios do SUS, dentre a integralidade das ações (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2008)

Levando em consideração, a falta de condições muitas vezes das equipes para lidar com o tema, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005, p. 34) tem incentivado o aumento de diretrizes que incluam a dimensão subjetiva dos usuários nas ações da Atenção Básica, como uma forma de “responsabilização em relação à produção da saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção de equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo”, buscando propiciar uma rede de cuidados em saúde mental que se estruture a partir da Atenção Básica e obedece ao modelo de redes de cuidado de base territorial com vista no estabelecimento de vínculos e acolhimento.

É nesse cenário de desdobramento histórico que permearam a construção de novos modelos vigentes em saúde mental, que surge a necessidade de novas políticas e/ou programas para complementar e/ou apoiar as equipes de Atenção Básica, como porta de entrada do sistema, e muitas vezes, são o principal dispositivo disponível em municípios de pequeno porte, a tratar as demandas de saúde mental no território. Nesse sentido, temos como programa apoiador o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

### **3.2 Transtornos mentais comuns na rede de Atenção Básica à Saúde**

Os Transtornos Mentais Comuns podem ser definidos como a forma mais comum de manifestação de sofrimento emocional nas unidades da ESF, podendo apresentar-se através de diferentes sintomas caracterizados como queixas somáticas inespecíficas, tais como: irritabilidade, insônia, nervosismo, dores de cabeça, fadiga, esquecimento, falta de concentração e outros. Tal conceito abarca um conjunto de sintomas depressivos, ansiosos e somáticos menos estruturados e de menor gravidade do que aqueles atendidos em ambulatórios especializados, geralmente associados a problemas psicossociais, que demandam cuidado mais intensivo, exigindo atendimento especializado. Desse modo, inclui uma parcela considerável da população que necessita de algum cuidado em saúde mental, tanto aqueles que não necessariamente possuem um diagnóstico psiquiátrico, conforme

as classificações existentes, quanto os que apresentam os transtornos descritos nos manuais (GOLDBERG, 2014).

Sabe-se, que a prevalência dos Transtornos Mentais Comuns dentre os usuários atendidos em unidades gerais de saúde é muito alta, cerca de 50% dos usuários atendidos pela ESF apresentam esse tipo de sofrimento, 20 a 30% apresentam remissão espontânea dos sintomas e melhora quando apoiados pelas equipes de saúde, individualmente ou em grupo. Assim, apesar de possuírem algumas características em comum, não constituem um grupo homogêneo, estando associados a diversos quadros, que muitas vezes requerem uma abordagem específica (FORTES; VILLANO; LOPES, 2008).

No que se refere à etiologia dos Transtornos Mentais Comuns, é importante considerar o papel dos determinantes sociais em saúde, uma vez que diferentes estudos reforçam sua associação com condições psicossociais adversas, tais como a pobreza extrema, baixa escolaridade, frágil rede de suporte e eventos de vida produtores de estresse. Atualmente, nota-se que vulnerabilidade psicossocial pode aumentar as chances de desenvolvimento do sofrimento psíquico e o comprometimento funcional associado a este sofrimento, por sua vez, pode acarretar o agravamento das condições psicossociais. Portanto, não faz sentido, abordá-los de maneira isolada, o que favorece não só a percepção da vulnerabilidade em saúde mental de populações com privações econômicas e sociais, mas o desenvolvimento de manejos de cuidado ampliadas, com foco na potencialidade das redes de apoio social, que podem ser fortalecidas por meio de atividades de grupo e a criação de espaços de apoio (GONÇALVES *et al.*, 2014).

Corroborando com essa ideia, Paulo Netto (1996) traz como debate os processos de psicologização da vida social (que é um elemento da dinâmica do capital monopolista) que individualiza os problemas sociais em que a problemática é mais do campo psicológico do que da desigualdade social. Além disso, aponta que o enfrentamento das refrações “questão social”<sup>8</sup> toma, assim, novo encaminhamento: a mudança de comportamento, enquanto prerrogativa para solucionar os problemas que das políticas e programas sociais solicitam respostas eficientes.

Os pacientes com este sofrimento psíquico costumam procurar a ajuda da equipe de saúde a partir de queixas sem explicação médica e metáforas

---

<sup>8</sup> Conjunto das expressões que definem as desigualdades engendradas na sociedade capitalista, impensáveis sem a intermediação do Estado.

culturalmente usadas tais como: “bolo na garganta”, “tremura nas carnes”, “nervos abalados” e diversos tipos de dores. Nessa perspectiva, é necessário considerar as particularidades e a complexidade de cada caso, fazendo-se necessário a utilização de novos modelos que possam abarcá-las. A abordagem destes quadros não deve estar centrada na prescrição de psicofármacos, mas procurar incentivar outras estratégias de cuidado que têm se mostrado efetivas e podem ser utilizadas no contexto da Atenção Básica, como a psicoeducação, grupos de apoio, higiene do sono, atividade física regular e outras que se adequem a proposta (GOLDBERG, 2014).

Entretanto, caso as abordagens psicossociais iniciais não sejam suficientes, ou em casos de sintomatologia moderada a grave, acompanhados de comprometimento funcional, deve-se avaliar a necessidade de tratamento farmacológico. Todavia, em caso de não resposta a estas abordagens, na presença de sintomas que sejam indicativos de transtorno mental grave ou diante de risco de suicídio, deve-se solicitar o atendimento compartilhado com especialistas de saúde mental via apoio matricial ou dependendo do caso, encaminhar para serviços especializados quando estes estiverem disponíveis na rede local (GONÇALVES *et al.*, 2014).

### **3.3 Uso de psicofármacos**

Em termos gerais, os psicofármacos são substâncias que alteram a atividade psíquica, aliviam sintomas de transtornos mentais ou promovem alterações na percepção e no pensamento (CAMARINI; GORENSTEIN, 2007). Assim, os medicamentos dessa classe, podem ser utilizados para fins terapêuticos, mas seu uso abusivo pode acarretar complicações de saúde e levar até a óbito (CAIXETA; PARREIRAS, 2013).

A psicofarmacologia pode ser classificada de acordo com a classe de cada medicamento, se dividindo em quatro categorias: antipsicóticos ou neurolépticos maiores (indicados para tratar as psicoses em geral); os antidepressivos (depressão); antimaníacos ou estabilizadores de humor (transtorno bipolar) e os ansiolíticos (quadros de ansiedade) e quando em dose elevadas são eficientes hipnóticos (SADOCK e SADOCK, 2007).

Whitaker (2017) ratifica que está havendo um crescimento vertiginoso de diagnóstico de transtorno mental, e que parcela considerável da população vem entrando em tratamento psiquiátrico e não se curando com as abordagens psicofarmacológicas, muito pelo contrário, ficando cada vez mais dependente da psiquiatria.

Ao longo dos anos, o uso de psicofármacos têm aumentado. Esse crescimento desordenado tem sido atribuído a inúmeros fatores, dentre os quais se destacam: o aumento de diagnósticos de transtornos psiquiátricos; o surgimento de novos psicofármacos no mercado farmacêutico; a busca por novas formas de enfrentamento de problemas diários e indicações terapêuticas mais rápidas e mais eficazes, contrapondo-se aos desafios de um tratamento psicológico prolongado e doloroso (RODRIGUES; FACCHINI; LIMA, 2006). A prática clínica da contemporaneidade é marcada por essas soluções imediatistas possibilitadas pela indústria de psicofármacos (STAUB; HOCH, 2013).

Conforme apontado, o uso incorreto de psicofármacos, tem sido frequentemente visto nas instituições de saúde, seja pela automedicação – quando o paciente toma medicação por conta própria – ou pelo seu uso abusivo – quando o paciente exagera na dosagem. Nesse caso, a facilidade na aquisição, a falta de informação sobre a indicação do uso e da importância de seguir a dose prescrita são consideradas as principais causas dessa prática. Dessa maneira, é importante considerar que a forma de tratamento não deve ser apenas a farmacológica, o que revela a necessidade dos profissionais de saúde estarem atentos também a outras formas de cuidado. Assim, muitos pacientes terão a possibilidade de desenvolver habilidades manuais, fazer amizades, ocupar o tempo, de tal forma que o uso de medicamento seja apenas um aliado, e não a única solução para seu tratamento (CAIXETA; PARREIRAS, 2013).

Deve ficar esclarecido para o paciente que o tratamento tem um período determinado de tempo, que vai depender do quadro clínico apresentado e das propriedades da substância em uso. Desse modo, as dosagens dos medicamentos devem ser ajustadas com cautela, sempre baseado na dose mínima terapêutica e os profissionais de saúde devem estar cientes das interações medicamentosas com outras substâncias que o paciente esteja em uso, informando o paciente dos possíveis efeitos colaterais dos medicamentos e como manejá-los (OMS, 2010).

Vale destacar, que a dependência a medicamentos ou substâncias de abuso, ocorre quando um indivíduo é incapaz de controlar a ingestão da substância, o que pode ser classificada como física – quando os pacientes apresentam abstinência com a falta da substância no organismo – e, psicológica – quando esse se torna dependente da mesma. Todavia, a retirada desses medicamentos deve ser feita de maneira gradual, a fim de evitar sintomas de abstinência, pois a interrupção abrupta da mesma, após uso prolongado, pode resultar em sintomas semelhantes à abstinência de álcool, como fraqueza, ansiedade, delírios e crises convulsivas generalizadas (CLAYTON; STOCK; COOPER, 2012).

Na necessidade da prescrição de determinado psicofármaco, o médico deve levar em consideração os potenciais riscos e benefícios para cada paciente, quais devem ser discutidos entre os profissionais de saúde que também acompanham o caso, o paciente e os membros da família/rede de apoio. É importante ressaltar que as estratégias medicamentosas não devem ser o único recurso terapêutico dentro do plano de tratamento dos pacientes. De uma forma geral, as prescrições não devem ser fornecidas antes de uma avaliação adequada tanto do quadro clínico quanto dos aspectos psicossociais (OMS, 2010).

O uso racional da medicação, implica, primeiramente, na avaliação da real necessidade do uso de psicofármacos, levando em consideração as condições clínicas de cada paciente para indicação do medicamento correto e dosagem adequadas. É imprescindível, levar em conta a particularidade de cada paciente, respeitando o tempo e a duração adequada do tratamento, assim como a disponibilidade da medicação (AQUINO, 2008). Dependendo do caso, os psicofármacos podem ser utilizados como um recurso de primeira ordem, como um recurso complementar e, muitas vezes, seu uso é desnecessário. Desse modo, é necessário conhecê-los, bem como é importante conhecer os demais procedimentos terapêuticos que têm demonstrado ou vêm demonstrando eficácia no tratamento dos transtornos mentais (BRASIL, 2000).

Assim, ao optar por determinada classe de medicamento, avaliar a sua disponibilidade e caso seja variável, esta deve ser evitada. Vale ressaltar que em pacientes com história de pensamentos ou tentativas de suicídio, a quantidade de medicamento liberada deve ser monitorada, tal como o uso tem que ser monitorado por familiares/ rede de apoio quando diante de algum risco. Em casos de pacientes com histórico de abuso de substâncias, dar preferência a uma medicação sem

potencial de causar dependência. Lembrando que, a descontinuação dos medicamentos deve ser gradual, ou seja, 25% por semana (OMS, 2010).

Visto isso, será apresentado no capítulo seguinte as referências técnicas do MS para o direcionamento do trabalho em um NASF-AB e as práticas cotidianas da equipe interdisciplinar, caminhando para os objetivos propostos.

### CAPÍTULO III

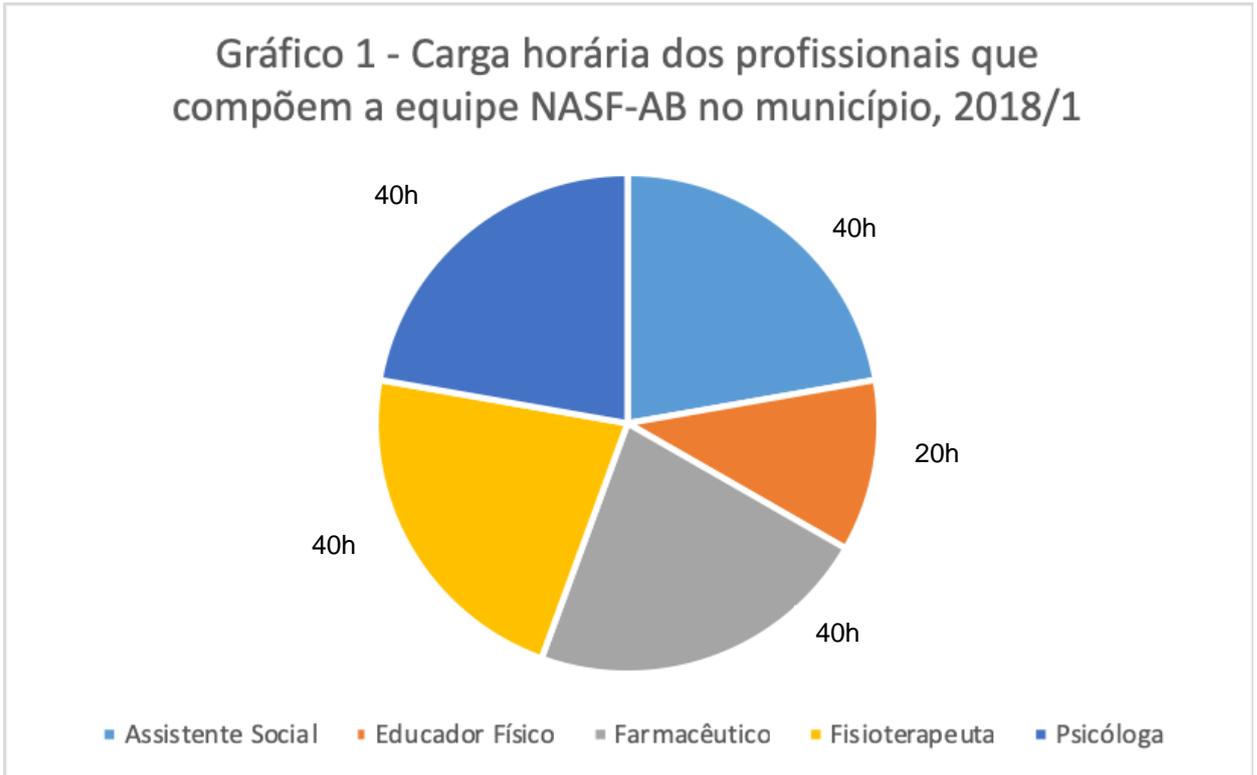
#### **4 ATUAÇÃO INTERDISCIPLINAR DOS PROFISSIONAIS NO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA**

Este capítulo traz como primeiros resultados, os apontamentos das referências técnicas do Ministério da Saúde para a atuação interdisciplinar dos profissionais no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e apresenta, as experiências práticas do referido núcleo de um município de pequeno porte, localizado no estado do Tocantins, com uma população estimada de 7.471 habitantes no ano de 2018. A seguir, apresentam-se a discussão dos resultados da referida pesquisa neste município, onde a rede de atendimento à saúde era composta por uma Unidade Básica de Saúde e por uma equipe móvel que atendiam também as regiões da zona rural.

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), é referência na Política de Saúde, por ser um programa criado pelo Ministério da Saúde com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, no que diz respeito a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações prestadas a população. A equipe do NASF-AB, portanto, se reunia na Unidade Básica de Saúde do município, mas não se constituía como um serviço com espaço físico independente, atuando em diferentes pontos do território local.

A realização da coleta de dados teve como instrumento o diário de campo (descritivo e analítico-reflexivo) da pesquisadora, com base nos registros sobre experiências práticas dos profissionais no NASF-AB no município, no que diz respeito as ações e/ou práticas de intervenção da equipe. Os dados foram organizados em forma de gráfico e quadros e a análise das informações pretendeu apontar para a atuação da equipe interdisciplinar em um NASF-AB e, sua aproximação ou distanciamento, das referências técnicas do Ministério da Saúde, no que se refere as diretrizes e parâmetros norteadores do programa.

O gráfico a seguir aponta quais profissionais compõem a equipe do NASF-AB – no município.



Fonte: Pesquisa Direta, 2018.

Conforme apresentado no gráfico, a equipe interdisciplinar do NASF-AB do referido município era composta pelos seguintes profissionais: uma Psicóloga, uma Assistente Social, uma Fisioterapeuta, um Farmacêutico e um Educador Físico, totalizando 180h de carga horária semanal, sendo classificada como NASF-AB modalidade 3. Com relação a formação acadêmica e experiência profissional da equipe, nenhum dos componentes possuía especialização e/ou curso de aperfeiçoamento e experiências práticas na área.

Dada a importância de aprimorar o conhecimento sobre a política atuante, o espaço do trabalho em saúde é o locus privilegiado para a adoção das práticas de Educação Permanente em Saúde (EPS). Com isso, o conceito adotado pelo MS, por meio da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), aponta que a EPS consiste em uma abordagem educacional que ocorre no cotidiano do trabalho e que traz em suas bases teóricas estratégias pedagógicas que se utilizam da aprendizagem significativa, visando alcançar a transformação das práticas profissionais (BRASIL, 2018).

Portanto, a Educação Permanente em Saúde pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, e que ocorre em ocasiões desencadeadas pelos problemas enfrentados na realidade, considerando os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm, bem como as necessidades de saúde

das populações. Ao considerar a EPS como uma estratégia inerente ao processo de trabalho em saúde, há que se reconhecer que se faz necessária a promoção de iniciativas institucionais que possam fortalecer essa abordagem como potencial para a transformação das práticas profissionais, tornando-a assim viva nos territórios (BRASIL, 2018, p. 9).

No entanto, cabe destacar que essa não era uma prática rotineira da equipe NASF-AB no município, pois pouco era investido em capacitações e aprimoramento dos profissionais e, conseqüentemente do serviço, tendo como um dos principais impasses para essa causa, a falta de investimento financeiro por parte da gestão, que não tinha a dimensão do impacto na ação dos profissionais e o reflexo disso, na saúde do coletivo.

Nesse ponto, é importante evidenciar que a ausência da intersetorialidade e interdisciplinaridade, não é, necessariamente, atrelada a vontade política dos agentes profissionais, mas também das condições de investimento desse Estado. O que não significa que eles estão isentos dessa atuação, já que estamos no processo de correlação de forças. Dessa maneira, deve-se considerar o crescimento das organizações de saúde que são instituições do setor privado, sem fins lucrativos, que atuam em parceria formal com o Estado, numa lógica de desresponsabilização e menor incentivo, causando uma série de irregularidades, desvio financeiro, precarização do trabalho dessas equipes e desproteção a esse usuário (BRAVO; CORREIA, 2012).

As referências técnicas do Ministério da Saúde para o desenvolvimento das ações e/ou práticas interventivas do trabalho da equipe interdisciplinar em Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica, a respeito das atividades que podem compor a agenda dos profissionais do NASF-AB são descritas no quadro abaixo:

Quadro 2 – Referências técnicas do Ministério da Saúde para o trabalho da equipe interdisciplinar em Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica.

<b>AÇÕES E/OU PRÁTICAS INTERVENTIVAS</b>	<b>COMO SE CONSTITUEM (DESCRIÇÃO)</b>
Reunião de Matriciamento	Espaço voltado para problematização, planejamento, programação e execução de ações colaborativas entre NASF-AB e equipes de AB.
Reunião de Equipe NASF-AB	Espaço de discussões entre os profissionais que compõem o NASF-AB para articulação e organização como equipe.
Atendimento individual compartilhado	Realizado conjuntamente entre o profissional NASF-AB e, no mínimo, um membro da equipe vinculada.
Atendimento individual específico	Realizado apenas pelo profissional do NASF-AB, após pactuação com a equipe de AB vinculada, atrelado a um projeto terapêutico produzido conjuntamente.
Atendimento domiciliar compartilhado e específico	Visa a promover o acesso dos usuários restritos ao leito ou ao domicílio, podendo ser realizado em conjunto com ao menos um profissional da equipe de AB ou apenas pelo profissional do NASF-AB após discussão com a equipe apoiada.
Atividade coletiva compartilhada	Apoio para planejamento, programação ou execução conjunta de grupos de educação e saúde e ações de sensibilização desenvolvidas na UBS ou em outros espaços comunitários.
Atividade coletiva específica	Atividade em grupo coordenada pelo profissional do NASF-AB, específica de seu núcleo de saber. Recomenda-se a participação de profissionais da equipe de AB nesses grupos como estratégia de educação permanente.

Elaboração de materiais de apoio, rotinas, protocolos e outras ações de educação permanente	A identificação dessa necessidade pode ser realizada por meio de demanda direta das equipes ou a partir do próprio profissional do NASF-AB no desenvolvimento das ações com as equipes vinculadas.
---	--

Fonte: BRASIL, 2014.

É válido ressaltar que embora a metodologia de trabalho estipulada para o NASF-AB priorize a realização de intervenções interdisciplinares, o atendimento individual não é proibido pela portaria e diretrizes, pelo contrário, o caderno de Atenção Básica 39, sobre o NASF-AB (BRASIL, 2014), respalda esse tipo de atendimento. No entanto, este orienta e chama a atenção em vários pontos para a necessidade de regulação e pactuação entre profissionais do NASF-AB e da Atenção Básica em quais situações clínicas podem ocorrer atendimentos individuais aos usuários, sendo em geral, atrelado a um projeto terapêutico produzido previamente pelas equipes conjuntamente.

Considerando que o NASF-AB é um contexto de trabalho recente, ainda há muita resistência encontrada no atendimento individual, tanto por parte dos seus profissionais, como também pelos profissionais da ESF, o que exige maiores reflexões acerca da superação no tratamento individual voltado para a cura dos sintomas. Sendo assim, são fundamentais as iniciativas que visem ressignificação dos processos de trabalho, possibilitando um espaço de escuta e reflexão para compreender melhor decepções e insatisfações, auxiliando as equipes no entendimento das diretrizes e metodologia do NASF-AB, buscando, desta forma, propiciar a instauração do diálogo e do trabalho conjunto (PERRELLA, 2015).

O quadro a seguir descreve as ações e/ou práticas interventivas desenvolvidas pela equipe interdisciplinar no município, apontando para a aproximação ou distanciamento das referências técnicas do Ministério da Saúde para o trabalho desenvolvido:

Quadro 3 – Trabalho da equipe interdisciplinar do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica de um município do estado do Tocantins.

<b>AÇÕES E/OU PRÁTICAS INTERVENTIVAS</b>	<b>COMO SE CONSTITUEM (DESCRIÇÃO)</b>
Reunião de equipe NASF-AB	As reuniões entre os profissionais do NASF-AB aconteciam mensalmente ou quinzenalmente, conforme a necessidade de planejamento e monitoramento das ações, discussão dos processos de trabalho e questões relativas aos núcleos de saber de cada categoria profissional.
Reunião com a equipe da ESF	As reuniões com a equipe apoiada, ocorriam conforme a necessidade e agenda da mesma, voltadas para planejamento das ações coletivas, discussão de casos, processos de trabalho e outros.
Reunião com a gestão	Espaços voltados para mediação de impasses e conflitos entre NASF-AB, equipes vinculadas e gestão quando necessário, para otimizar o desenvolvimento das ações.
Reunião intersetorial	Reuniões com outros setores da rede (Educação, Conselho Tutelar, CRAS, Defensoria Pública, CAPS e outros) para articulação de ações com foco na promoção e na prevenção à saúde.
Atendimento individual	O atendimento individual era considerado uma das práticas mais frequentes na rotina de trabalho de um profissional do NASF-AB, sobretudo, pela predominância do olhar reducionista/fragmentado dos usuários nos serviços de saúde.
Atendimento compartilhado	Ocorria com menor frequência, mas possibilitava o atendimento integral do sujeito, de modo que os profissionais compartilhavam seus saberes, buscando atender a queixa apresentada.
Atendimento em grupo	Atividade coletiva realizada por um ou mais profissionais de nível superior da equipe NASF-AB ou ESF, com o objetivo de tratamento de seus integrantes.

Visita domiciliar	Era realizada em conjunto com a enfermagem ou apenas pelos profissionais do NASF-AB após solicitação da equipe apoiada, a fim de atender os usuários acamados ou para conhecer a realidade socioeconômica do sujeito.
Educação em saúde	Espaços promovidos por meio de palestras, vídeos, dinâmicas de grupo e outros visando discussões de temáticas da Saúde Coletiva, conscientizando os participantes a respeito da importância da qualidade de vida para um desenvolvimento saudável.
Programa Saúde da Escola (PSE)	Ações realizadas nas escolas municipais pactuadas, onde eram trabalhadas temáticas voltadas para prevenção do uso de álcool e outras drogas, prevenção da violência sexual, práticas corporais e lazer nas escolas, sexualidade, IST's, HIV/aids, gravidez, por meio de apresentação expositiva, vídeos, músicas, dinâmicas de grupo, gincanas educativas, jogos e exercícios físicos.

Fonte: Pesquisa Direta, 2018.

Como descrito no quadro acima, a equipe interdisciplinar do NASF-AB no município era responsável por diferentes ações e/ou práticas interventivas em saúde no território adscrito. A agenda da equipe era planejada, mensalmente, por meio de reuniões com a gestão e a equipe de ESF, de acordo com as necessidades levantadas no território de abrangência, onde eram planejadas as ações e, posteriormente, desenvolvidas pelos profissionais responsáveis pela condução dessas atividades coletivas.

Nesse sentido, as práticas grupais constituem um importante recurso no atendimento aos usuários da Atenção Básica, sendo possível identificar várias modalidades como: grupos abertos de acolhimento, grupos temáticos relacionados a patologias (hipertensão, obesidade, diabetes, etc.), oficinas temáticas (geração de renda, artesanato, etc.), grupos de medicação, grupos terapêuticos e dentre outros. O trabalho grupal deve ser pensado de modo a fazer sentido e enriquecer os participantes, propiciando socialização, troca de saberes e experiências bem como a construção de projetos coletivos. Dessa maneira, o pertencimento a um grupo favorece a saúde mental do sujeito (CAMPOS; GAMA, 2010).

Nesse ponto de vista, faz-se necessário apontar os diferentes tipos e finalidades de grupos propostos pelo Ministério da Saúde, para as práticas grupais de educação em saúde na Atenção Básica, no sentido de gerar mudanças nos hábitos de vida dos usuários que fazem uso abusivo de psicofármacos, a partir da transformação da sua postura, com maior participação, empoderamento e desenvolvimento da sua autonomia enquanto sujeito capaz de criar soluções para suas dificuldades, conforme descrito a seguir.

Quadro 4 – Práticas grupais de educação em saúde na Atenção Básica

<b>Tipos de Grupos – MS</b>	<b>Descrição</b>
Terapia comunitária	É uma ferramenta importante de promoção e prevenção em termos de saúde mental, podendo ser liderada por qualquer pessoa da equipe que tenha formação adequada, oferecendo suporte para que as pessoas possam dividir suas dores e sofrimentos. Não se propõe como espaço terapêutico de transtornos mentais específicos, mas um momento de fortalecimento, apoio, reestruturação e socialização para os usuários.
Grupos de convivência	Tradicionalmente utilizados no cuidado e no apoio, sobretudo aos usuários da terceira idade, possuindo ação particularmente importante de reintegração social dos pacientes, demonstrando efeito positivo em termos de melhora do estado emocional, remissão de quadros depressivos, socialização e redução da solidão.
Grupos de mulheres	Grupos de apoio e suporte que, de modo geral, possibilitam espaços de acolhida e escuta, promovendo reflexão e reforço da autoestima e fortalecendo o vínculo com a equipe, onde normalmente os problemas, tensões e dificuldades do dia a dia são discutidos, visando aprimorar e trocar estratégias para lidar em melhores condições com as discriminações de gênero, a problemática da violência doméstica e as ansiedades oriundas, sobretudo, das mudanças de ciclo vital.

Grupos operativos	É formado por um conjunto de pessoas com objetivos comuns, que se propõem a uma tarefa, explícita ou implicitamente, interagindo e estabelecendo vínculos entre si, de maneira dinâmica, reflexiva e democrática.
Grupos terapêuticos	Para além das metas terapêuticas específicas (alívio de sintomas e melhora na situação de sofrimento), esta modalidade de grupo tem também como objetivos o autoconhecimento e desenvolvimento pessoal, por meio do compartilhamento de experiências, o aumento do conhecimento sobre a situação-problema, e o autocuidado, o compromisso do sujeito com suas ações, à medida que constrói um objetivo em comum entre o grupo, buscando estratégias de aumento da motivação e de enfrentamento da situação-problema.
Grupos motivacionais	Consiste, basicamente, em focar atenção sobre o tema que dificulta ou interfere na mudança de um determinado comportamento. Para tanto, é necessário o compromisso dos participantes do grupo em realizar as mudanças necessárias e que os mesmos compreendam sua situação como um problema a ser solucionado, podendo ser eficazes em situações nas quais os sujeitos necessitem adquirir e fortalecer compromisso ou ampliar o desejo de mudança.

Fonte: BRASIL, 2014.

Assim sendo, o Ministério da Saúde por meio do Caderno de Atenção Básica, nº 39, propõe que:

[...] as práticas grupais de educação em saúde na Atenção Básica são excelentes espaços e oportunidades de promoção à saúde. O vínculo, o acolhimento, a escuta, o apoio, o suporte e o espaço de reflexão que existem nesses grupos promovem saúde, fortalecendo os sujeitos e prevenindo o adoecimento. Mas podemos ousar ir além. Existem hoje, na Estratégia Saúde da Família, diversos exemplos de grupos que começam a ser feitos nessa lógica de empoderamento e de participação, mas não apenas dentro de uma perspectiva de educação em saúde. São grupos de suporte e de apoio, promovendo novos hábitos, atividades, modificando estilos de vida e relações interpessoais. Além disso, esses grupos representam intervenções especialmente eficazes em termos de promoção e de prevenção (BRASIL, 2014, p. 68).

A atuação interdisciplinar do psicólogo junto ao NASF e às equipes de saúde da família revela uma importante conexão da saúde mental às ações da saúde em geral, por meio do desenvolvimento conjunto de estratégias de promoção e cuidado à saúde. Entretanto, sabe-se que este modo de atuação, ainda é um desafio que requer uma abertura para a desconstrução das formas tradicionais de pensar saúde e sua produção (FREITAS; CARDOZO, 2015).

Oliveira (*et al.*, 2017) apontam para a necessidade de os psicólogos descartarem as ações conservadoras e individualizantes, buscando reconhecer o modelo de atenção sócio assistencial proposto pelo SUS e reafirmado a partir da implementação dos NASF-AB, o que constituem os principais desafios à profissão. É preciso considerar o lugar da discussão sobre a política social nas matrizes curriculares para formação profissional do psicólogo e, dessa maneira, buscar produzir pesquisas sobre a relação entre Psicologia e Saúde Pública, a fim de inovar as práticas profissionais.

Outro desafio inerente a esse contexto, é a construção de uma articulação intersetorial, o que não resulta somente da dificuldade de profissionais e equipes em compreender a dimensão desta interação, mas principalmente, causadas pelo não funcionamento de uma rede completa e qualificada, que no momento se encontra enfraquecida e defasada, impossibilitando uma atenção integral aos usuários. Conseqüentemente, os dispositivos disponíveis acabam assumindo funções e demandas que não lhes competem, acumulando serviços e pressionando outros espaços a suprirem necessidades das populações atendidas sem realizar seu verdadeiro papel (CELA; OLIVEIRA, 2015).

A seguir, será apresentada uma breve descrição das atividades grupais realizadas pela Equipe NASF-AB juntamente com a equipe vinculada ao município nas práticas de saúde:

Quadro 5 – Atividades grupais realizadas pela Equipe NASF-AB em conjunto com a ESF de um município do Tocantins.

<b>Atividades grupais NASF-AB/TO</b>	<b>Descrição</b>
Grupo de tabagismo	Grupo fechado, formado a partir dos encaminhamentos realizados pela Equipe de Referência e demanda espontânea, que acontecia no espaço físico da UBS, coordenado pela Assistente Social que em conjunto com a médica da ESF, o farmacêutico, a fisioterapeuta e a psicóloga do NASF-AB conduziam as sessões estruturadas pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo <sup>9</sup> com o objetivo ajudar os fumantes a deixarem de fumar, fornecendo-lhes informações estratégicas necessárias para direcionar seus próprios esforços nesse sentido.
Grupo de adolescente	Grupo aberto, coordenado e conduzido pela psicóloga do NASF-AB, realizado quinzenalmente na sala de vivência da Academia Municipal de Saúde, com o objetivo de desenvolver ações de educação em saúde voltadas para os adolescentes do município.
Grupo de coluna	Grupo conduzido pela fisioterapeuta do NASF-AB, realizado duas vezes por semana, tendo como público-alvo mulheres com doenças crônicas na coluna. Todos os exercícios eram voltados para a melhoria do quadro agudo da patologia, contribuindo assim para a qualidade de vida das mesmas.
Grupo de mulheres	Grupo que ocorria uma vez por mês em diferentes espaços do território local a fim de abranger o maior número de mulheres possíveis, levando em consideração a realidade epidemiológica, cultural, socioeconômica daquela população e, especialmente, o planejamento conjunto com as equipes.
Grupo de homens	Grupo de difícil adesão, e quando ocorria, era mensalmente, no período noturno, para facilitar o acesso do público alvo nas dependências da UBS, conduzido pelo médico da ESF, visando desenvolver ações voltadas a saúde do homem.

<sup>9</sup> Programa criado pelo Ministério da Saúde e o pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), com objetivo de reduzir a prevalência de fumantes e a consequente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco (BRASIL, 1989).

Grupo de gestantes	Grupo conduzido pela médica da ESF com o apoio de um dos profissionais do NASF-AB, acontecia mensalmente com o intuito de acompanhar o pré-natal com temáticas de educação em saúde através de atividades educativas e preventivas, para o desenvolvimento da gestação saudável.
Grupo de puericultura	Grupo realizado mensalmente pela enfermeira e os ACS do território para acompanhar o desenvolvimento das crianças de 0 a 5 anos. Os atendimentos ocorriam em 3 espaços do território adstrito, em parceria com os profissionais do NASF-AB, a fim de abranger toda a população, onde eram abordados temas educativos sobre suplementação de vitamina A, vacinação, desenvolvimento psicomotor da criança, a importância da estimulação precoce e outros temas relevantes para este ciclo de vida.
Grupo de HIPERTENSÃO	Grupo que ocorria mensalmente em 3 espaços do território adstrito, conduzido pela enfermeira, a médica e os ACS do território que, em conjunto com os profissionais do NASF-AB, acompanhavam e atendiam pessoas portadoras de doenças crônicas como HIPERTENSÃO e DIABETES, através de consulta médica, orientação medicamentosa e palestras de educação em saúde no sentido de melhorar a qualidade de vida dos mesmos.
Grupo de idosos em parceria com o CRAS	Grupo realizado em parceria com o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) uma vez por mês, onde diferentes profissionais da área da saúde (ESF e NASF-AB) contribuíam para orientar a melhoria da qualidade de vida dos participantes do grupo.

Fonte: Pesquisa Direta, 2018.

A partir da descrição do quadro acima, as atividades grupais do NASF-AB do município mencionado, eram realizadas de modo intersetorial com a Saúde, Assistência Social, Educação e outros órgãos públicos, sendo os grupos coordenados pelos profissionais que integravam a equipe NASF-AB e a equipe vinculada (ESF). Para tanto, os profissionais tinham rotatividade na realização das atividades, de modo que todos executavam ações nos diferentes grupos, a fim de não sobrecarregar apenas um único profissional com o intuito de abranger as demandas atendidas sob os diferentes olhares e contribuições de cada saber.

Dentre as atividades desenvolvidas por este NASF-AB estavam: diferentes grupos operativos, rodas de conversa/educação em saúde versando sobre um tema específico, grupos terapêuticos, grupos motivacionais, grupos de convivência e grupos de mulheres, conforme as orientações do MS para os grupos de educação em saúde na AB. Todos os profissionais do NASF-AB deveriam ter e manter a agenda para as atividades grupais. Assim, conforme o exposto no quadro acima, o profissional do NASF-AB ficava responsável por determinada atividade (eixo da atividade), fazendo quando necessária, a articulação para inserção de outros profissionais do NASF-AB ou da ESF na agenda. Por exemplo, quando a psicóloga era a responsável por um grupo ela devia entrar em contato com os demais integrantes do Núcleo para definirem o momento mais oportuno e o tema que seria trabalhado com este grupo.

Os grupos poderiam ser permanentes ou rotativos, de acordo com a demanda e a realidade do território, sendo o enfoque destes grupos o empoderamento dos usuários, para que esses pudessem se apropriar dos processos do local onde vivem e dos cuidados à saúde. No caso da coordenação, o NASF-AB, que era de responsabilidade da profissional de Psicologia, permanecendo a mesma ainda com o rodízio dos grupos. Os profissionais de medicina não participavam deste rodízio, participando apenas de alguns encontros em grupo, quando indicado ou solicitado, ficando mais a encargo das consultas clínicas da unidade, corroborando dessa maneira, com práticas focadas no modelo biomédico.

O capítulo seguinte abordará a atuação interdisciplinar da profissional de psicologia no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica em um município do Tocantins, com enfoque no acompanhamento de pacientes que faziam uso de psicofármacos, com apontamentos em práticas proposta pelo MS e com base no cotidiano da pesquisadora.

## CAPÍTULO IV

### 5 DESAFIOS E POSSIBILIDADES DA EQUIPE NASF-AB NO ATENDIMENTO DE PACIENTES QUE FAZEM USO ABUSIVO DE PSICOFÁRMACOS

Neste último capítulo é apresentada a experiência da atuação da presente pesquisadora, psicóloga, inserida no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) do município em questão. Para tanto, a realização da coleta de dados, teve como base ainda, o diário de campo da pesquisadora, com registros descritivos e analítico-reflexivos sobre experiências no seu cotidiano de trabalho no NASF-AB, acerca das ações e/ou práticas de intervenção da equipe interdisciplinar, frente ao atendimento das/dos usuárias/os da Estratégia Saúde da Família, que faziam uso abusivo de psicofármacos.

Os dados foram organizados em forma de pequenas cenas<sup>10</sup> e quadros descritivos e, a análise das informações visou identificar os desafios e as possibilidades da atuação em um NASF-AB e, sua aproximação ou distanciamento, das referências técnicas do Ministério da Saúde para o desenvolvimento do trabalho em saúde e saúde mental. Desse modo, o item seguinte, discute a inserção da/o psicóloga/o no campo da saúde pública, enquanto profissional de referência inserido na equipe, para atender as demandas de saúde mental do território.

#### 5.1 A inserção da psicologia no campo da saúde pública

Primeiramente, faz-se necessário apontar os principais acontecimentos históricos do cenário político e social conturbado do qual deu-se a inserção do psicólogo nos serviços públicos de saúde, tais como: Ditadura Militar (1964-1985), o Movimento da Reforma Sanitária (1960-1964,1970), a VIII Conferência Nacional da Saúde (1986), Constituição Federal (1988), Sistema Único de Saúde (1990). Assim, percebe-se que nada ocorreu de forma descontextualizada de modo que a história da Psicologia no Brasil se confunde com a própria história do país, levando a discutir sobre quais políticas públicas buscamos, quando se trata das novas formas de atuação profissional (CFP, 2013).

---

<sup>10</sup> Recorte da transcrição de frases curtas e/ou pequenos diálogos entre profissionais e pacientes e/ou ainda, dos profissionais entre si para melhor ilustração do trabalho.

De acordo com Cela e Oliveira (2015) a Psicologia em seus moldes tradicionais ainda é transposta para os novos campos de atuação, existindo a dificuldade de compreensão e adequação de suas práticas a novas estratégias de ações. Isto se deve, principalmente, ao fato que a Psicologia se construiu no Brasil em uma tradição elitizada, curativa e terapêutica. Porém, a aproximação com a realidade social vem exigindo, há décadas, que essa forma de fazer Psicologia se transforme, superando o limitador viés naturalizante dos fenômenos psicológicos.

Nos últimos anos, a Psicologia e a saúde pública vêm se aproximando e em decorrência dessa aproximação, essa profissão tem cada vez mais conquistado seu espaço e buscado assumir o compromisso com a realidade brasileira. Com a criação do NASF-AB e, conseqüentemente, com a inclusão da/o psicóloga/o entre as categorias profissionais a compor esta equipe, a categoria foi, oficialmente, inserida nas equipes de Saúde da Família, o que ampliou o escopo de ações possíveis da/o psicóloga/o na atenção primária. Nesta nova perspectiva, a Psicologia passa a atuar, efetivamente, com foco na atenção, promoção, prevenção de saúde e não apenas nos casos de doença, mas, nas ações que visam melhoria da qualidade de vida (FREITAS; CARDOZO, 2015).

O SUS foi o primeiro espaço que absorveu massivamente psicólogas/os nas políticas públicas. A partir disso, o campo de atuação nesse contexto só aumentou, possibilitando cada vez mais psicóloga/os ocuparem diferentes espaços na Saúde Pública brasileira, tanto no que diz respeito a execução de atividades com a população, em Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossociais, Hospitais, como em cargos de Gestão (OLIVEIRA; YAMAMOTO, 2014; YAMAMOTO, 2012; YAMAMOTO; OLIVEIRA, 2010 apud OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Diante das mudanças demandadas à prática de psicólogas/os, nos novos rumos que se abrem à Psicologia, no campo da Saúde Pública e sua atuação no NASF-AB, é necessário intervir com a concepção de saúde integral, considerando a saúde mental intrínseca à saúde e ao cuidado do sujeito (ZURBA, 2011).

No próximo item, será exposto um panorama de alguns casos atendidos, em relação aos pacientes que faziam uso abusivo de psicofármacos, de modo a avaliar, como era desenvolvido o trabalho da equipe interdisciplinar no referido Núcleo de atuação.

## 5.2 Uso abusivo de psicofármacos: Reflexões a partir do diário de campo em um NASF-AB

Inicialmente, cabe mencionar que as cenas abaixo foram descritas com o intuito de ilustrar e apontar a problemática central da pesquisa e, dessa maneira, provocar reflexões no que concerne à demanda atendida. Assim, as cenas serão enumeradas de 1 a 4, trazendo a apresentação do caso e, em seguida, as possíveis discussões a respeito do mesmo. Tendo por base as anotações do diário de campo da pesquisadora, os fragmentos que compõem os relatos abaixo, apontam para as diferentes formas de manifestação da demanda, que emergiu dos discursos e das práticas cotidianas do trabalho da equipe.

A Cena 1 relata o caso da paciente Francisca<sup>11</sup>, 42 anos, casada, evangélica, do lar, mãe de 5 filhos. Após construção do PTS com a equipe de referência, foi realizada a retirada do medicamento pela/o médica/o da unidade. A mesma apresentava histórico de uso a longo prazo, sem progressão ou diminuição da dosagem. Em seguida, a paciente foi encaminhada para atendimento psicológico, onde só compareceu em 3 atendimentos, acompanhada dos 2 filhos mais novos (um de 3 anos e o outro de 5 anos), pois a mesma não tinha com quem deixar os filhos. Ressalta-se, que a paciente, não aceitava a retirada da medicação, mesmo com orientação médica, queixava-se, constantemente, da reincidência de sintomas, que estavam sempre associados a dependência do próprio medicamento. Na cena a seguir, é apresentado o fragmento do relato da/o médica/o que acompanhava o caso, ao voltar a medicação da paciente em pouco tempo após a retirada:

**Médica/o:** Eu voltei a receitar o Fluoxetina<sup>12</sup> para a Francisca. Depois que retirei a medicação, ela vive chorando na consulta, dizendo que anda triste, ansiosa e não consegue realizar as atividades domésticas sem prejuízo. Como vou deixar essa mulher sem medicação, ela cuida dos 5 filhos pequenos e passa o dia em casa com as crianças (DIÁRIO DE CAMPO, 2018).

Vale destacar que, durante o atendimento com a psicóloga, a paciente foi estimulada a praticar exercício físico, mudar hábitos alimentares e a participar de

---

<sup>11</sup> Para garantir a privacidade quanto à identidade de pacientes, neste trabalho serão utilizados nomes fictícios.

<sup>12</sup> É um potente medicamento antidepressivo da classe dos inibidores seletivos de recaptção de serotonina.

grupos sociais, sendo convidada a frequentar o grupo de mulheres na academia da saúde do território de abrangência. A mesma não aceitou, afirmando que não tinha tempo, pois cuidava dos filhos sozinha - filho mais novo, tinha 3 anos, ainda era amamentado e não ia para a creche porque seu marido não permitia. O marido trabalhava fora o dia todo e quando estava em casa, dizia que era obrigação da mulher, o papel de cuidar da casa e dos filhos, além de ser ciumento e não permitir que ela frequentasse a academia, pois as roupas “coladas”, em suas palavras, eram impróprias para uma mulher da sua religião.

Nesse sentido, Gonçalves (*et al.*, 2014), apontam que a vulnerabilidade psicossocial pode aumentar as chances de desenvolvimento do sofrimento psíquico. Assim, o comprometimento funcional associado ao sofrimento psíquico, por sua vez, pode ocasionar uma piora das condições psicossociais. Portanto, não faz sentido, abordá-los de forma isolada, pois este favorece não só a percepção da vulnerabilidade em saúde mental de populações com privações econômicas e sociais, como também o desenvolvimento de estratégias de cuidado ampliadas, tendo como foco a potência das redes de apoio social, que podem ser fortalecidas através de atividades de grupo e a criação de espaços de apoio.

A Cena 2 descreve o caso da paciente Benvinda, 35 anos, em atendimento psicológico, quando a mesma relatou que sofria violência doméstica. Após separação do ex-marido, a paciente declarou se automedicar, ingerindo o medicamento da vizinha (psicofármaco), expressando no atendimento, desejo de encontrar na medicação a “pílula mágica” que aliviasse suas angústias, conforme aponta o trecho a seguir:

**Paciente:** Precisava de uma medicação para aliviar essa angústia do meu peito. Minha vizinha está tomando uma tarja preta e me deu um comprimido, me senti bem melhor, pois ando muito triste depois que separei do meu ex-marido, só fico chorando pelos cantos, não consigo comer e dormir direito (DIÁRIO DE CAMPO, 2018).

No atendimento realizado, a paciente manifestou restrito interesse no receituário para aquisição da medicação, quando explicado que a indicação do uso era realizada somente com orientação médica, a mesma não demonstrou disposição para o acompanhamento psicológico, uma vez que, não encontrou a “pílula mágica” que pudesse resolver de imediato o seu problema. Caixeta e Parreiras (2013) corroboram que o uso incorreto de psicofármacos, seja pela automedicação ou pelo

uso abusivo, tem sido observado frequentemente nas instituições de saúde. A facilidade na aquisição, a falta de informação sobre a indicação do uso e da importância de seguir a dose prescrita são as principais causas dessa prática.

A Cena 3 apresenta o caso da paciente Berenice, 54 anos, desempregada, que morava sozinha, tinha um único filho com quem mantinha um relacionamento instável - casado que morava em uma cidade próxima. A mesma fazia uso do Diazepam<sup>13</sup> 5mg para dormir, em atendimento com a psicóloga queixou-se de solidão, abandono familiar, manifestando profunda tristeza e desejo de esquecer os “problemas”, conforme relatado nos fragmentos abaixo:

**Psicóloga:** Há quanto tempo a senhora faz uso dessa medicação para dormir?

**Paciente:** Ah, tem alguns anos.... Tomo durante alguns meses, deixo quando não vejo necessidade e volto quando acho que preciso. O importante é adormecer, sem precisar me preocupar com os “problemas” da vida (DIÁRIO DE CAMPO, 2018).

Percebe-se, que a paciente faz uso da medicação, sem acompanhamento, progressão ou diminuição da dosagem a longo prazo, atribuindo a melhora dos seus sintomas físicos que estão relacionados, em grande parte, aos seus determinantes sociais: isolamento, abandono do filho, desemprego - ao uso do medicamento, como uma forma de resolver os seus problemas. Teve uma boa aceitação do acompanhamento psicológico, apresentando evolução do quadro durante os atendimentos realizados, após a atendimento compartilhado com a/o médica/o da ESF para avaliar a real necessidade do uso contínuo da medicação ou diminuição da dosagem e posteriormente, inserção em grupos.

A Cena 4 relata o caso do paciente Augusto, 10 anos, diagnosticado segundo a mãe, com “hiperatividade”, pelo médico psiquiatra do CAPS de referência, iniciou uso de Ritalina<sup>14</sup> aos 7 anos. Seguiu sem acompanhamento, progressão ou diminuição da dosagem, apenas através da renovação do receituário médico pela/o profissional da ESF. O fragmento abaixo, representa o discurso do paciente, ao incorporar a identidade de “doente”, após o que lhe fora imposto, a partir dos seus comportamentos inadequados.

---

<sup>13</sup> É um medicamento do grupo de benzodiazepinas que, normalmente, produz um efeito calmante.

<sup>14</sup> É um medicamento estimulante do sistema nervoso central, usado no tratamento do Transtorno de Deficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).

**Psicóloga:** Você sabe por que veio aqui?

**Paciente:** Porque eu sou doente.

**Psicóloga:** E por que você acha que é doente?

**Paciente:** Porque eu sou muito nervoso e brigo com meus irmãos, por isso preciso tomar meu remédio para ficar calmo (DIÁRIO DE CAMPO, 2018).

O referido paciente foi encaminhado para atendimento psicológico, visando acompanhamento dos sintomas apresentados. Buscou-se dessa forma, investigar o seu histórico de vida desde a gestação, fazer uma análise do histórico de vida familiar, incluindo todos os dados do histórico patológico pregresso, análise do histórico e ambiente escolar, social, dinâmica do sistema familiar e observação acerca do aproveitamento da sua capacidade de desempenho. Foi realizada discussão de caso com a/o médico da equipe de referência, onde foram destacados o histórico familiar do paciente (perdeu o pai aos 5 anos de idade), a situação socioeconômica da família (morava com a mãe desempregada e os outros 6 irmãos na zona rural, para onde se mudaram após a morte do pai) bem como outros aspectos sociais e escolares, que interferiam nos seus aspectos comportamentais e por sua vez, deveriam ser considerados na reavaliação do possível diagnóstico e tratamento. Assim sendo, o mesmo foi encaminhado para outra avaliação com o médico especialista.

Segundo Aquino (2008), para se ter um uso racional da medicação, é necessário, primeiramente, avaliar a real necessidade do uso do psicofármaco, considerando as condições clínicas de cada paciente para receitar o medicamento correto, nas doses adequadas. É preciso levar em conta a particularidade do paciente, respeitando o tempo e a duração adequada do tratamento, bem como a disponibilidade da medicação.

Mediante essa realidade, percebe-se a emergência dos desafios impostos e as possibilidades de atuação dos profissionais da equipe na condução dos casos, que muitas vezes, ficam sob responsabilidade maior do profissional de referência em saúde mental da equipe, no caso, o psicólogo, apontando para o distanciamento do cuidado compartilhado, transferindo apenas responsabilidades. Faz-se necessário, um olhar holístico do quadro, por se tratar de um sujeito ou coletivo com características biopsicossociais. Nesse sentido, a equipe pode fazer saúde de modo diferente, sem apenas a renovação do receituário médico, sem questionar ou reavaliar a necessidade do uso contínuo, mas buscando estabelecer uma relação de

cuidado, que considere também, os determinantes sociais e/ou problemas sociais desse sujeito. Diante do exposto, no item a seguir será apresentada uma discussão sobre as principais dificuldades e potencialidades do NASF-AB em sua atuação cotidiana, apontando para o aprimoramento das ações da equipe.

### 5.3 Desafios e possibilidades da equipe

No quadro a seguir, foram apontados os possíveis desafios enfrentados pela equipe interdisciplinar do NASF-AB no município em questão, com o intuito de provocar uma reflexão e perspectiva de mudanças visando o alinhamento da política, para outras possibilidades de atuação do trabalho da equipe interdisciplinar NASF-AB frente ao uso abusivo de psicofármacos.

Quadro 6 – Desafios enfrentados pela Equipe NASF-AB no município.

<b>Desafios da Equipe - NASF-AB/TO</b>
<p><b>Dificuldade do trabalho integral</b></p> <p>Existia dificuldade por parte dos profissionais do NASF-AB em ampliarem suas possibilidades de atuação para além das ações específicas de seu núcleo de saber, apontando para o cuidado fragmentado do sujeito atendido, caracterizando ações isoladas.</p>
<p><b>O funcionamento não adequado da rede intersetorial</b></p> <p>A ausência de serviços especializados no município para referenciar a equipe NASF-AB e ESF em situações específicas e a defasagem da rede, muitas vezes resultava na incorporação de responsabilidades que não pertenciam aos profissionais, agregando práticas de cuidado ainda isoladas.</p>
<p><b>A dificuldade da articulação entre os diferentes profissionais que compõem as equipes (NASF-AB e ESF)</b></p> <p>Dificuldade de maior integração entre as equipes vinculadas, agenda muitas vezes incompatível, impossibilitando espaços de compartilhamento e troca de saberes na condução do cuidado dos usuários atendidos.</p>
<p><b>A prática tradicional da clínica que permeia a profissão</b></p> <p>Nas práticas de saúde do cotidiano da equipe, o que era para ser apoio passa a ter muitas vezes, uma lógica ambulatorial, caracterizando ações centrada na doença e em procedimentos curativos. Tal equívoco estava relacionado em grande parte</p>

pela população, que tinha a expectativa de ser atendida individualmente, quanto pela própria equipe apoiada que, na maioria das vezes, esperava dos profissionais do NASF-AB apenas suporte para atendimentos clínicos diretos.

#### **O desconhecimento das diretrizes da política por parte dos profissionais**

Equipe formada por profissionais que não receberam formação específica nos cursos de graduação e pós-graduações em saúde, a maioria recém-formados, com pouca ou nenhuma experiência para trabalhar na lógica do apoio matricial, o que dificultava ainda mais a prática. Além disso, a falta de aprofundamento sobre as diretrizes da política social, com pouca reflexão sobre as necessidades de os profissionais debruçarem-se sobre o que propõe os programas.

#### **Práticas de saúde mental centradas apenas no profissional de referência da equipe**

Existe pouca ou quase nenhuma preocupação dos profissionais da equipe, tanto de apoio quanto de referência frente ao uso inadequado de psicofarmacológicos, centrando as demandas de saúde mental apenas no profissional de referência que compõe a equipe, no caso, o psicólogo, que se sente sozinho na condução do cuidado.

Fonte: Pesquisa Direta, 2018.

O panorama levantado comprova a necessidade de diálogo e negociação para melhor definir possíveis formas de estruturar os fluxos e os processos de trabalho integrados entre as equipes NASF-AB e AB. Nesse sentido, é primordial o apoio da gestão, a receptividade e o acolhimento das equipes vinculadas, bem como a pró-atividade dos profissionais da equipe para atuar na lógica do apoio matricial, sendo requisitos essenciais para a consolidação do NASF-AB e de seu modo de operar na Atenção Básica (BRASIL, 2014).

Dessa maneira, a/o psicóloga/o deve buscar propiciar estratégias que incentivem a participação e o controle social, propondo melhorar a qualidade do vínculo entre a equipe e a comunidade, fortalecendo as relações locais, o resgate dos atores sociais envolvidos, considerando as necessidades biopsicossociais, culturais e subjetivas à integralidade do indivíduo, à medida que construí um modelo de atenção à saúde pertinente à realidade local (MOREIRA; CASTRO, 2009).

A partir das reflexões levantadas, que direcionam para a necessidade de outras possibilidades de atuação do trabalho da equipe interdisciplinar frente ao uso abusivo de psicofarmacológicos, o quadro a seguir, apresenta um protocolo de

atendimento, proposto a partir das experiências práticas da autora, que permitem reorientar as práticas das ações interventivas realizadas, buscando desestimular o uso abusivo de psicofármacos.

Quadro 7 – Protocolo com as possibilidades do trabalho da Equipe interdisciplinar NASF-AB no município frente ao uso abusivo de psicofármacos.

<b>Protocolo de atendimento/ possibilidades do trabalho - NASF-AB/TO</b>
1. Educação permanente para os profissionais da equipe NASF-AB e ESF sobre as diretrizes da política e o uso adequado de psicofármacos.
2. Discussão de casos/Atendimento compartilhado no cuidado integral ao usuário em uso abusivo de psicofármacos.
3. Construção compartilhada de PTS, inclusive com a participação do usuário e da família para construção de metas possíveis de serem alcançadas.
4. Formação de grupos educativos com a população sobre psicofármacos, na modalidade que melhor se adequar a proposta levantada.
5. Promoção de práticas corporais, visando desestimular o uso de psicofármacos sem necessidade.
6. Ações para a promoção de modos de vida saudáveis, estimulando outras práticas de cuidado a saúde.
7. Apoio matricial do CAPS de referência para compartilhamento de saberes e cuidados ofertados a esses usuários.
8. Rodas de conversa entre profissionais do NASF-AB e das equipes vinculada.
9. Reuniões de matriciamento entre a equipe vinculada e de apoio.
10. Reuniões gerais da UBS para elencar a gravidade do uso inadequado de psicofármacos, corresponsabilizando a equipe pelo cuidado compartilhado.
11. Fóruns temáticos sobre o assunto específico ampliando e fortalecendo o cuidado da equipe.
12. Reuniões de profissões específicas para condução e compartilhamento do cuidado.

Fonte: Pesquisa Direta, 2018.

Desse modo, o protocolo acima, visa compartilhar informações a respeito das possíveis estratégias para melhor atender os usuários de psicofármacos, através de ações e/ou práticas que tem como intuito prestar uma assistência em saúde

qualificada aos mesmos e dessa maneira, contribuir para que as/os psicólogas/os e outros profissionais da saúde possam aprimorar sua prática profissional, sem pretensão de esgotar as possibilidades de atuação, mas de aperfeiçoar os serviços prestados a esses usuários.

Desse modo, uma estratégia significativa para reduzir a prevalência do uso abusivo de psicofármacos, seria o desenvolvimento de um processo educativo sobre medicamentos, disponibilizando informações suficientes e atualizadas, por meio dos profissionais da saúde, sobre os fármacos e seus efeitos adversos, prescritores e dispensadores, destacando os riscos da automedicação, da suspensão e troca da medicação prescrita e necessidade da receita médica, tomando como base a Política Nacional de Medicamentos (LOPES; GRIGOLETO, 2011).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos objetivos propostos por essa pesquisa, foi possível conhecer como se desenvolve a intervenção interdisciplinar do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) frente ao uso abusivo de psicofármacos no referido município do estado do Tocantins, bem como suas principais dificuldades e potencialidades atuantes nessa Política de Saúde, que se constitui de um dos maiores campos de atuação da/o psicóloga/a no contexto do SUS. As situações vivenciadas em minha trajetória pessoal como psicóloga do programa, nortearam, sem dúvida, a decisão de realizar essa pesquisa, no intuito de que os resultados alcançados, pudessem levar ao aprimoramento das ações do uso racional de psicofármacos, processos de trabalho e principais ferramentas do NASF-AB, no que diz respeito ao uso abusivo de psicofármacos, de acordo com as normativas do Ministério da Saúde, através desse estudo descritivo.

Destarte, com a pesquisa explorou-se o Caderno de Atenção Básica nº 39 que trata das ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano do NASF e o Caderno de Atenção Básica nº 27 que aponta as Diretrizes do NASF e percebeu-se que as práticas cotidianas da equipe se encontravam relativamente apoiadas pelo que propõe as recomendações do Ministério da Saúde, no que concerne a efetivação do trabalho interdisciplinar, mesmo que essa efetivação ocorra de forma limitada, devido principalmente a dificuldade encontrada de atuar de acordo com a demanda destacada, a fragilidade do trabalho em equipe, do compartilhamento de responsabilidades e, portanto, interdisciplinar, para atuação em apoio matricial em saúde mental e a incipiente participação dos profissionais na condução desses casos atendidos.

Foram observados alguns desafios e limitações na efetivação do trabalho interdisciplinar da equipe, tais como: dificuldade do trabalho em equipe; a debilidade da rede intersetorial; falta de integração entre os profissionais que compõem as equipes de referência e apoio; a centralização da prática clínica/ atendimento individual; a incompreensão das diretrizes da política por parte dos profissionais e dificuldade no compartilhamento de saberes, atribuindo a lógica do encaminhamento a transferência de responsabilidades.

Percebeu-se que os resultados apontam a necessidade de enfrentamento de vários desafios pelos profissionais no âmbito do NASF-AB, especialmente no que se

refere ao uso abusivo de psicofármacos, ponto central desse estudo. Sendo assim, é primordial que os gestores considerem a importância de capacitação aos profissionais, por meio da educação permanente em saúde, sendo este um fundamento do sistema e, assim, responsabilidade do governo. A consolidação do NASF-AB só acontecerá se este, por sua vez, cumprir o seu papel e, conseqüentemente, se a atuação dos profissionais e a organização das ações forem pautadas com os objetivos declarados em suas diretrizes.

Pôde-se observar quanto ao uso abusivo de psicofármacos que, em geral, pacientes faziam uso a longo prazo, sem acompanhamento, progressão e diminuição da dosagem, muitas vezes, não tendo sido avaliada a real necessidade da prescrição, que deveria ter levado em conta o contexto social desse sujeito, para não ser olhado e tratado isoladamente. Um dos grandes desafios do uso abusivo de psicofármacos na atualidade é, na verdade, a busca por soluções imediatas, possibilitadas pela indústria. O desejo incessante de adormecer suas “dores”, buscando dessa forma, na medicação a solução para os seus problemas. Outro fato, recorrente, é a crescente necessidade de “medicalizar os problemas sociais”, atribuindo somente aos sintomas físicos o que na verdade, faz parte de todo um contexto no qual o paciente está inserido. Desse modo, é imprescindível que os profissionais de saúde estejam atentos, para os riscos e benefícios das estratégias medicamentosas para cada paciente, não podendo este, ser o único recurso terapêutico dentro do plano de tratamento.

Dessa forma, na atual conjuntura torna-se importante a avaliação adequada tanto do quadro clínico quanto dos aspectos psicossociais do paciente. É necessário, despertar potencialidades que superem o viés da dependência ou abuso de substâncias, fazendo com que esses pacientes desenvolvam habilidades e competências sociais, pratiquem atividade física, entendendo que quando necessário, o uso de medicamentos deve ser apenas um suporte, e não a solução específica para o seu problema.

Pode-se apontar a necessidade e urgência de rever o modo de produzir saúde dos profissionais da equipe, apontando para a dimensão da problemática levantada. É preciso que estes, compreendam que as práticas reproduzidas e robotizadas, carecem de maior atenção, pois somente assumindo verdadeiramente seu papel dentro do programa, conforme propõe as diretrizes apontadas, será possível o fortalecimento dos objetivos dessa política de saúde.

Assim, a pesquisa contribuiu significativamente para pensar no NASF-AB enquanto espaço de consolidação do SUS e contribuiu também para o aprimoramento dos profissionais da área. Ainda muitas mudanças podem ser feitas para a melhoria da atuação da equipe no seu campo de trabalho, por exemplo, o apoio da gestão nas ações pretendidas, as questões relacionadas às condições de trabalho, a efetivação do trabalho coletivo, o aperfeiçoamento profissional dos membros da equipe, aspectos esses que interferem no agir profissional do cotidiano.

Deste modo, através do presente estudo os objetivos da pesquisa foram alcançados. Do ponto de vista científico, é notória a necessidade do desenvolvimento de mais pesquisas sobre a temática, principalmente pela/os profissionais psicólogas/os, considerando a escassez de trabalhos na área da Psicologia, apontando também para a necessidade da inserção de disciplinas nos currículos dos cursos que contemplem as discussões apresentadas.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, K. T. **Análise do consumo de psicofármacos na Atenção Primária à Saúde no Município de Sobral, Ceará.** 188f. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Ceará (UFC), Campus Sobral, 2016. Disponível em: [http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/21609/3/2016\\_dis\\_ktalmeida.pdf](http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/21609/3/2016_dis_ktalmeida.pdf) Acesso em: 05 de outubro de 2018.

ALVES, T.N.P. **Política Nacional de Medicamentos: análise a partir do contexto, conteúdo e processos envolvidos.** Tese (doutorado em saúde), Instituto de medicina social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2009.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.

ANDRADE, L.O.M; BARRETO, I.C.H.C.; BEZERRA, R.C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G.W.S. *et al.* **Tratado de saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 563-614.

AQUINO, D. S. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? **Ciência saúde coletiva**, Recife, v.13, 2008, p. 733-736. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s0/a23v13s0.pdf>. Acesso em: 20 de setembro de 2018.

BRASIL Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília 2012. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> Acesso em: 05 de outubro de 2018.

BRASIL, H. H. A. Princípios gerais do emprego de psicofármacos. **Revista Brasileira Psiquiatria.** v .22, 2000, p.40-41. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s2/3796.pdf>. Acesso em: 05 de outubro de 2018.

BRASIL. **Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 19 set.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família.** Brasília-DF, 2009. Disponível em:[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica\\_diretrizes\\_nasf.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf) Acesso em: 10 de agosto de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo**. Rio de Janeiro. 1989. Disponível em <https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo> Acesso em: 10 de fevereiro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico - Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS**. Brasília, 2018. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/28/Manual-Tecnico-PRO-EPS-SUS-MINUTA17-10.pdf>. Acesso em: 18 de janeiro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **NOTA TÉCNICA Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, 2019. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf> Acesso em: 24 de março de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília, 2014. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo\\_apoio\\_saude\\_familia\\_cab39.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf). Acesso em: 10 de agosto de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, 2008. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria154240108.pdf> Acesso em: 10 de agosto de 2018.

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**, Brasília, 2017. Disponível em: <http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf> Acesso em 29 de setembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012**. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às equipes de Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2013. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124\\_28\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html) Acesso em: 25 de outubro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, 2005. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf). Acesso em: 13 de janeiro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, 2004. Disponível em: [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf). Acesso em: 13 de janeiro de 2019.

BRAVO, M. I. S. **Saúde e Serviço Social** [et al], (organizadoras). – 4<sup>o</sup> ed. - São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

BRAVO, M. I; CORREIA, M. V. C. Desafios do Controle Social na atualidade. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 109, 2012, p. 126-150.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000, p. 163-177. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087.pdf> Acesso em: 13 de janeiro de 2019.

CAIXETA, E. R.; PARREIRAS, P. C. **Avaliação do uso abusivo dos psicofármacos em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde no município de Patos de Minas**: uso indicado consciente. 33f. Trabalho de Conclusão de Curso (especialização). Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Uberaba, 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/6261.pdf>. Acesso em: 05 de outubro de 2018.

CAMARINI, R.; GORENSTEIN, C. Farmacocinética e farmacodinâmica. In: NETO, M. R. L.; ELKIS, H. **Psiquiatria básica**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007, p. 525-535.

CAMPOS, G.W.S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 2000, p.219-230. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7093.pdf> Acesso em: 13 de janeiro de 2019.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.2, 2007, p. 399-407. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf>. Acesso em: 13 de janeiro 2019.

CAMPOS, O.R.; GAMA, C. Saúde mental na atenção básica. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. (Org.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 221-246.

CELA, M., OLIVEIRA, I.F. O psicólogo no Núcleo de Apoio à saúde da Família: articulação de saberes e ações. **Estudos de Psicologia**. v.20, n.1, 2015. pp.31-39. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v20n1/1413-294X-epsic-20-01-0031.pdf>. Acesso em: 25 de agosto de 2018.

CFP – CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Como a Psicologia pode contribuir para o avanço do SUS: orientações para gestores**. Brasília: CFP, 2013. Disponível em: [http://www.crpsp.org.br/portal/comunicacao/diversos/cd-saude-mental/publica%C3%A7%C3%B5es/CREPOP/SUS\\_GESTORES.pdf](http://www.crpsp.org.br/portal/comunicacao/diversos/cd-saude-mental/publica%C3%A7%C3%B5es/CREPOP/SUS_GESTORES.pdf) Acesso em: 10 de agosto de 2018.

CFP - CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Repúdio à nota técnica “Nova Saúde Mental” publicada pelo Ministério da Saúde**. Brasília: CFP, 2019. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/cfp-manifesta-repudio-a-nota-tecnica-nova-saude-mental-publicada-pelo-ministerio-da-saude> Acesso em: 24 de março de 2019.

CLAYTON, B. D.; STOCK, Y. N.; COOPER, S. E. **Farmacologia na prática de enfermagem**. 15 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012, p. 896.

FIGUEIREDO, M.D.; CAMPOS, R. O. Saúde mental na Atenção Básica à Saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 14, n.1, 2009, p.129-38. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a18v14n1.pdf>. Acesso em: 13 de janeiro de 2019.

FORTES, S.; VILLANO, L.A.; LOPES, C.S. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family health Program (FHP) units in Petropolis, Rio de Janeiro. **Rev Bras Psiquiatr**, São Paulo, v. 30, n. 1, 2008, p. 32-37.

FREITAS, D.S.C.; CARDOZO, M.A.V. A Atuação do Psicólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Omnia Saúde**, v.12, 2015, p. 01-17. Disponível em:

FURTADO, M.E.M.F., CARVALHO, L.B. O psicólogo no NASF: potencialidades e desafios de um profissional de referência. **Psicologia e Saúde**, v.7, n.1, 2015, p. 9-17. Disponível em: <http://www.fai.com.br/portal/ojs/index.php/omniasaude/article/view/519/pdf> Acesso em: 10 de outubro de 2018.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOLÇALVES, D.A. *et al.* Estudo Multicêntrico brasileiro sobre transtornos mentais comuns na Atenção Primária: prevalência e fatores sociodemográficos relacionados. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, 2014, p. 623-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n3/0102-311X-csp-30-3-0623.pdf>. Acesso em: 13 de janeiro de 2019.

GOLDBERG, D.P. Anxious forms of depression. **Depression and anxiety**, v. 31, n. 4, 2014, p. 344-51.  
<http://www.fai.com.br/portal/ojs/index.php/omniausaude/article/download/519/pdf>. Acesso em: 05 de outubro de 2018.

LANDIM, F.L.P. *et al.* Uma reflexão sobre as abordagens em pesquisa com ênfase na integração qualitativo-quantitativa. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. Fortaleza, 2006. Disponível em:  
<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/961/2123>. Acesso em: 24 de março de 2019.

LOPES, L.M.B, GRIGOLETO, A.R.L. Uso consciente de psicotrópicos: responsabilidade dos profissionais da saúde. **Brazilian Journal of Health**. v. 2, n. 1. Janeiro/Abril 2011, p. 1-14. Disponível em:  
<http://inseer.ibict.br/bjh/index.php/bjh/article/viewFile/70/81>. Acesso em: 05 de novembro de 2018.

MELLO, G.A, FONTANELLA, B.J.B.; DEMARZO, M.M.P. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde - origens e diferenças conceituais. **Revista APS**, v. 12, n. 2, 2009, p. 204-213. Disponível em:<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/307/203>. Acesso em: 13 de janeiro de 2019.

MINAYO, M. C. de S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, Sept. 1993. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02.pdf>. Acesso em: 24 de março de 2019.

MINAYO, M.C.S. *et. al.* Qualidade de vida e saúde: Um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 5, n.1, 2000, p. 7-18. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7075.pdf> Acesso em: 13 de janeiro de 2019.

MORAIS, A.P.P.; GOMES, A.M.A.; GUIMARÃES, J.M.X. Modelos tecnoassistenciais para a consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS. In: MOREIRA, T.M.M *et al.* Manual de Saúde Pública. Salvador: Sanar, 2016, p. 91-105.

MOREIRA, D.J., CASTRO, M.G. O Núcleo de Apoio à Saúde Da Família (NASF) como porta de entrada oficial do psicólogo na atenção básica. **Transformações em Psicologia**. São Paulo, v.2, n.2, 2009. pp. 51-64. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/transpsi/v2n2/a03.pdf>. Acesso em: 03 de dezembro de 2018.

MOURA, D.C.N *et al.* Uso abusivo de psicotrópicos pela demanda da Estratégia Saúde Da Família: Revisão integrativa da literatura. **Sanare**. Sobral , v.15, n. 2, 2016. pp.136-144. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/1048/594>. Acesso em: 05 de setembro de 2018.

NASCIMENTO, D.D.G.; OLIVEIRA, M.A.C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, v. 34, v. 1, 2010, p. 92-96. Disponível em: [https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/74/12\\_revisao\\_reflexoes.pdf](https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/12_revisao_reflexoes.pdf). Acesso em: 12 de dezembro de 2018.

OLIVEIRA, I.F. *et al.* A atuação do psicólogo nos NASF: desafios e perspectivas na atenção básica. **Temas em Psicologia**, v. 25, n. 1, Março, 2017, p. 291-304. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v25n1/v25n1a17.pdf>. Acesso em: 20 de agosto de 2018.

OLIVEIRA, W.F; AMARANTE, P.D.C. Um breve histórico do movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil contextualizando o conceito de desinstitucionalização. **Saúde em debate**, v. 35, n. 91, 2011, p. 587-97. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341765011.pdf>. Acesso em: 13 de janeiro de 2019.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS; **World Health Organization and World Organization of Family Doctors**. Integrating mental health into primary care: a global perspective. 2008.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Manual de intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde**, 2010. 83p. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/publications/IG\\_portuguese.pdf](http://www.who.int/mental_health/publications/IG_portuguese.pdf). Acesso em: 13 de janeiro de 2019.

PAIM, J. S. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **Saúde em Debate**, n. 33, v. 81, 2009, p. 27-37.

PAULO NETTO, José. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. São Paulo. Cortez, 1996.

PERRELLA, A.C. A experiência da Psicologia no NASF: capturas, embates e invenções. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 8, n. 2, 2015. p. 443-452. Disponível em: [www.fafich.ufmg.br/gerais/index.php/gerais/article/download/530/398](http://www.fafich.ufmg.br/gerais/index.php/gerais/article/download/530/398) Acesso em: 12 de novembro de 2018.

RODRIGUES, M. A. P.; FACCHINI, L. A.; LIMA, M. S. Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v.40, n.1, 2006, p. 107-114. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n1/27123.pdf>. Acesso em: 05 de dezembro de 2018.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 9 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007, 1584 p.

STAUB, M. L.; HOCH, V. A. **Utilização de psicofármacos no tratamento de saúde mental**. Santa Catarina: UNOESC, 2013.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

WHITAKER, R. **Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017, 421 p.

ZURBA, M. C. Contribuições da psicologia social para o psicólogo na saúde coletiva. **Psicologia & Sociedade**; n. 23, 2011, p. 5-11. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23nspe/a02v23nspe.pdf> Acesso em: 20 de agosto de 2018.