

# REDE DE CUIDADOS NO SUS E SUAS: FORTALECIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA ATENDIMENTO DE DEMANDAS DE SAÚDE MENTAL

Network of Care at the Unified Health System (SUS) and Unified System of Social Assistance (SUAS): strengthening of the Network of Psychosocial Care to meet Mental Health Care demands

Viviane Genovezzi Salatiel<sup>1</sup>, Regina Coeli Lise<sup>2</sup>

1. Psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), Pós graduação em Saúde Mental – Faculdades Itecne, 2013, Programa de Saúde da Família – Faculdades Estácio de Sá, 2015, Saúde Mental na Atenção Primária – Escola de Saúde Pública do Paraná, 2017

2. Psiquiatra.

**CONTATO:** Viviane Genovezzi Salatiel | Estrada Guilherme Weigert, 1725 | Parque Chalet | Bloco 07 apto 203 | Curitiba | PR | CEP 82720-000 | Telefone: (41) 99671-1637 | E-mail: viviane.salatiel@yahoo.com.br

**COMO CITAR** Salatiel VG, Lise RC. Rede de cuidados no SUS e SUAS: fortalecimento da rede de atenção psicossocial para atendimento de demandas de saúde mental. R. Saúde Públ. 2019 Jul.;2(Supl 2): 66-75



**COPYRIGHT** Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

**RESUMO** O presente artigo refere-se a um Projeto de Intervenção, cujo objetivo principal é organizar o processo de trabalho para inclusão do atendimento das demandas em Saúde Mental na Atenção Primária. Para propiciar tal intervenção, o Apoio Matricial e a Tecnologia Relacional são as metodologias indicadas, pois viabiliza o desenvolvimento de ações de sensibilização dos profissionais para fortalecimento da Rede de Cuidados às pessoas com sofrimento e/ou transtorno mental. Idealiza-se um trabalho de ação com práticas intersetoriais entre a Atenção

Básica (Saúde – SUS) e a Proteção Básica (Assistência Social – SUAS), visto que ambos os campos de atuação são de suma importância na construção da Rede de Cuidados, assim como possuem muitos objetivos em comum. Não foi realizado projeto-piloto, contudo, espera-se amenizar o estigma e preconceito em relação aos pacientes com sofrimento psíquico e/ou transtorno mental, oferecendo cuidados aos mesmos na Atenção Primária e na Proteção Básica, aumentando assim a resolutividade do atendimento às demandas de Saúde Mental no próprio território do paciente, nos serviços de referência.

**PALAVRAS-CHAVE:** Sistemas de Identificação de Pacientes. Saúde da Família. Saúde mental. Atenção primária à saúde. Gestão da Qualidade em Saúde.

**ABSTRACT** This article is an Intervention Project, whose main objective is to organize the work process to include the attendance of the demands in Mental Health at Primary Care. In order to provide such intervention, Matrix Support and Relational Technology are the indicated methodologies, as they allow the development of actions to raise the awareness of professionals to strengthen the Network of Care for people with mental suffering and/or mental disorder. A work of action with intersectoral practices between Basic Care (Health - SUS) and Basic Protection (Social Assistance - SUAS) is idealized, since both fields of action are of paramount importance in the construction of the Care Network, and have many common goals. A pilot project was not carried out; however, it is hoped to alleviate stigma and prejudice in relation to mental suffering and/or mental disorder patients, offering care to them at Primary Care and Basic Protection, thus increasing the resolution of care to the demands of Mental Health in the patient's own territory, at reference services.

**KEYWORDS:** Patient Identification Systems. Family Health. Mental Health. Primary Health Care. Health Quality Management.

## INTRODUÇÃO

O presente artigo trata-se de um Projeto Aplicativo, apresentado ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Saúde Pública do Paraná – Curso de Especialização em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde. O objetivo principal deste projeto é organizar o processo de trabalho para inclusão do atendimento das demandas em Saúde Mental na Atenção Primária a partir da sensibilização

dos profissionais para fortalecimento da Rede de Cuidados às pessoas com sofrimento e/ou transtorno mental, articulando os campos da Saúde (Atenção Primária) e da Assistência Social (Proteção Básica), como eixo principal.

Acredita-se que a importância deste projeto está na hipótese de que uma maior resolutividade da assistência prestada na Atenção Básica poderá reduzir a demanda por consultas especializadas,

reservando os recursos públicos para garantir os procedimentos e intervenções que realmente forem necessários. Aposta-se ainda que um bom acolhimento, estabelecimento de vínculos e incentivo à responsabilização compartilhada dos casos pode ser uma boa forma de combater a lógica do encaminhamento.

De acordo com o Ministério da Saúde, a Política Nacional de Promoção de Saúde<sup>1</sup> visa à promoção da qualidade de vida e redução da vulnerabilidade social e riscos à saúde. Entendem-se então a concepção de saúde e doença (físicas e mentais) como processos resultantes do modo de vida cotidiana de pessoas e de suas historicidades. Sendo assim, o objetivo terapêutico não é de curar doenças, mas de "fortalecer sujeitos, produzir saúde e defender a vida". Desta forma, os processos que compõem o sofrimento psíquico são produtos da vida em sociedade, incluindo fatores que podem ser sociais, culturais, econômicos, ou até mesmo políticos, e não necessariamente possuem causas físicas e orgânicas.

Idealiza-se um trabalho de ação com práticas intersetoriais entre a Atenção Básica (Saúde – SUS) e a Proteção Básica (Assistência Social – SUAS), visto que ambos os campos de atuação são de suma importância na construção da Rede de Cuidados, assim como possuem muitos objetivos em comum.

A saúde é descrita como sendo reflexo das condições sociais, econômicas e ambientais, nas quais a população está inserida<sup>2</sup>. Tal reflexão vem enfatizar a ampliação do conceito de saúde e a importância da responsabilidade e do "compromisso da sociedade com seus ideais de saúde"<sup>3</sup>. Sabendo-se ainda que o cuidado com a saúde não é só de responsabilidade médica, sendo também responsabilidade de outros profissionais da área e dos cidadãos, individu

ou coletivo, a nova Constituição Federal de 1988 delega aos municípios as responsabilidades dos serviços de atenção à saúde<sup>4</sup>.

De acordo com a Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001<sup>5</sup>, que discorre sobre a proteção e os direitos dos indivíduos portadores de transtornos psíquicos e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, fica determinado em seu inciso IX, do parágrafo único, do Artigo 2, que "[...] é direito da pessoa portadora de transtorno psíquico ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental [...]". Neste sentido, a lei aponta para a inclusão da atenção em saúde mental na atenção básica, como uma das possibilidades de manter o portador de transtorno próximo à comunidade, à família e ao meio social, facilitando, assim, ações de educação e prevenção<sup>6</sup>.

## METODOLOGIA

O matriciamento enquanto eixo viabilizador para as ações programadas para este projeto é considerado uma das metodologias a serem utilizadas, visto que é uma referência de apoio ao trabalho dos profissionais generalistas das equipes<sup>7,8,9</sup>. As tecnologias relacionais<sup>10</sup> (acolhimento e escuta) e o protagonismo do usuário e família serão a base para todas as ações. No que se refere às técnicas, serão realizadas reuniões, palestras, discussões e oficinas teórico-vivenciais intersetoriais. Dentro da viabilidade, os usuários e pacientes serão envolvidos no desenvolvimento das ações.

Propõe-se um plano de ações para sensibilização dos profissionais, capacitação para uso de instrumentos padronizados para tal demanda, mapeamento dos pacientes, serviços

Figura 1 Modelo de Proposta de Ação

<b>Objetivo Geral</b>	Organizar o processo de trabalho para inclusão do atendimento de demandas de Saúde Mental				
<b>Objetivo Específico 06</b>	Articular ações intersetoriais entre as UBS / ESF (Saúde) e CRAS (Assistência Social)				
<b>Ponto de Atenção</b>	Saúde (SUS)		Social (SUAS)		
	UBS / ESF		CRAS		
<b>Profissional de Apoio</b>	Psicólogo Matriciador				
<b>Responsáveis</b>	<b>Saúde</b>		<b>Social</b>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 01 Enfermeiro</li> <li>· 02 Agentes Comunitários de Saúde</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>· 01 Psicólogo</li> <li>· 01 Assistente Social</li> </ul>		
<b>Proposta de Intervenção</b>	Levantamento de Dados do Território de Abrangência				
<b>Duração Total das Ações</b>	16 hrs	<b>Frequência</b>	2 hs / Semana	<b>Prazo de Execução</b>	60 dias
<b>Técnica</b>	Trabalho em Equipe Intersectorial				
<b>Detalhamento das Ações</b>	<p><b>1ª Ação – Reunião Intersectorial</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Reunião para apresentação da reorganização do processo de trabalho para atendimento da demanda em Saúde Mental dos Serviços – UBS / ESF / CRAS.</li> <li>Duração: 2 horas</li> </ul> <p><b>2ª Ação – Trabalho Intersectorial</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Proposta para utilização da Ficha de Plano de Cuidados em Saúde Mental para delimitação das competências e responsabilidades de cada ponto de atenção.</li> <li>· Organizar fluxo de encaminhamento e acompanhamento entre os serviços.</li> <li>Duração: 4 horas</li> </ul> <p><b>3ª Ação – Ação em Rede</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· <u>Visitas Domiciliares Intersectorial</u>: promoção do autocuidado; busca ativa; identificação de fatores de risco e proteção;</li> <li>· <u>Estabelecer parcerias com Dispositivos da Comunidade</u>: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Grupos de Ajuda Mútua; Academia de Saúde; Associações; ONGs; Centros de Convivência, Igrejas e similares; acolhimento; socialização; reinserção social; promoção da saúde; compartilhamento de vivências.</li> </ul> </li> <li>· <u>Compartilhamento de Casos</u>: <ul style="list-style-type: none"> <li>- CAPS: casos de alto e médio risco;</li> <li>- CREAS: indivíduos em situação de risco pessoal e social, por ameaça e/ou violação de direitos;</li> <li>- Pronto Atendimento: atendimento à crise;</li> </ul> </li> </ul> <p><i>Obs.: Psicólogo Matriciador participa como apoio destas ações, auxiliando nas estratégias para coleta de dados; abordagem aos pacientes; preenchimento do instrumento.</i></p>				
<b>Recursos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· <b>Físico</b>: sala para reunião</li> <li>· <b>Humanos</b>: Profissionais das Equipes UBS / ESF – CRAS</li> <li>· <b>Materiais</b>: <b>papel</b>; caneta; prontuários; fichas; sistemas</li> </ul>				
<b>Análise de Viabilidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· <b>Viabilidade</b>: Baixo investimento; recursos humanos próprios;</li> <li>· <b>Inviabilidade</b>: realização em horário de expediente; acréscimo de atividades na rotina dos funcionários.</li> </ul>				

e recursos disponíveis no território, revisão do processo de trabalho vigente e proposta de ações intra e intersetoriais. Sugere-se que seja realizado um projeto-piloto inicialmente em UBS que tenha interesse no assunto e/ou conforme disponibilidade da coordenação e equipe, ou ainda em UBS que realize o maior número de encaminhamento ao CAPS, visando melhorar a assertividade dos encaminhamentos. Segue abaixo um modelo de proposta de ação conforme um dos objetivos específicos.

## RESULTADOS

Não foi realizado projeto-piloto, assim sendo, não se aplica a apresentação de resultados parciais. Como resultados futuros, espera-se amenizar o estigma e o preconceito em relação aos pacientes com sofrimento psíquico e/ou transtorno mental e aumentar a adesão do cuidado a eles na Atenção Primária e na Proteção Básica, aumentando, assim, a resolutividade do atendimento às demandas de Saúde Mental no próprio território do paciente, nos serviços de referência. Espera-se ainda que, a partir dos resultados obtidos, o processo de implantação de Matriciamento em Saúde Mental no Município tenha maior adesão para maior resolutividade no atendimento em Rede.

Acredita-se que a partir da escuta, envolvimento e acolhimento da família nos serviços oferecidos pelas UBS e CRAS, se construa um novo lugar de circulação e cuidado para o usuário da saúde mental, a partir do cuidado com esta família. Acredita-se, também, que a partir da organização do processo de trabalho para inclusão do atendimento de demandas de Saúde Mental, será possível um estudo aprofundado dessa demanda e uma

aproximação às informações reais, vivenciadas diariamente e para servir de embasamento para que o processo de trabalho do matriciamento seja iniciado.

Espera-se que os usuários da saúde mental se façam efetivamente protagonistas e sejam menos silenciados e alienados de sua força e potência. Que o usuário possa, realmente e cada vez mais, ser o ator principal, capaz de criar caminhos para si e, com isso, impulsionar o avanço do movimento da Reforma Psiquiátrica.

## DISCUSSÃO

A Atenção Primária é um local privilegiado para a construção desta nova lógica de atendimento e de relação com os transtornos mentais. O Ministério da Saúde define a Atenção Básica como um conjunto de ações de saúde que abrangem a promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Essas ações são desenvolvidas por práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas por meio do trabalho em equipe.

É importante enfatizar que a Saúde Mental também é responsabilidade dos demais campos da Rede, tais como Social, Educação, Esporte, Lazer, visto que funcionam como manutenção e apoio do tratamento, assim como suas ações também promovem saúde mental. Acredita-se que esta troca de saberes entre os profissionais possibilita uma maior aproximação ao que cada serviço demanda e o que é possível ser construído neste espaço.

A aproximação entre os dispositivos de atenção psicossocial e de atenção primária tem sido apontada como um dos maiores desafios

a serem enfrentados no contexto da reforma. A tradição de distanciamento entre os campos da saúde mental e da saúde coletiva, a partir da percepção da saúde mental como especialidade e não como dimensão transversal dos processos saúde-doença é um fator que complica substancialmente as iniciativas de integração. Esforços vêm sendo envidados na busca desta aproximação, como os dispositivos de matriciamento, com graus diferentes de sucesso em diferentes períodos e locais<sup>11</sup>.

Segundo Saraceno<sup>12</sup>, a declaração de que uma enfermidade é biopsicossocial não significa que as intervenções sejam biopsicossociais. E afirma ainda que, quanto aos serviços, "... são muito 'bio', um pouquinho 'psico' e muito pouco 'sociais'". Por isso, faz-se necessário avançar nesse sentido, promovendo ações intersetoriais, articulando cada especificidade para compor a atuação "bio-psico-social". Desse modo, pode-se considerar que a articulação intersetorial é fundamental, visto que organizar a atenção à saúde mental em rede é uma prioridade no sentido de se produzir cuidado integral, contínuo e de qualidade. Para inserir o atendimento às demandas de Saúde Mental na Atenção Primária do SUS e nos Serviços de Proteção Básica do SUAS, será preciso realizar quebra de vários paradigmas e preconceitos, assim como apoiar os profissionais destes níveis de atenção naquilo que for necessário.

As experiências e rotinas diárias permitem identificar a falta de conhecimento, preparo e medo de grande parte dos profissionais, tanto da área da Saúde (Atenção Primária), quanto da Assistência Social (Proteção Básica) no que se refere à Saúde Mental. Existe o medo de não dar conta, de não saber o que fazer, atrelado à sobrecarga de trabalho e dificuldades de trabalho em rede. Tudo isso aumenta a resistência

destes profissionais em realizar o atendimento psicossocial proposto.

Para cuidar da saúde de forma integral, torna-se imprescindível que, no primeiro nível de atenção, haja equipes interdisciplinares que desenvolvam ações intersetoriais. A articulação entre saúde mental e atenção básica é um desafio a ser enfrentado atualmente, pois a melhoria da assistência prestada e a ampliação do acesso da população aos serviços com garantia de continuidade da atenção dependem da efetivação dessa articulação<sup>13</sup>. O apoio matricial surge como proposta de renovação da lógica de consultoria ao empoderar as equipes pela troca de saberes, ampliação da escuta e construção em conjunto dos novos modos de lidar com as subjetividades dos pacientes<sup>14</sup>.

O trabalho em equipe, elemento essencial para a elaboração pactuada e compartilhada do projeto terapêutico, implica em compartilhamento de percepções e reflexões entre profissionais de diferentes áreas do conhecimento na busca pela compreensão da situação ou problema em questão<sup>9</sup>. O compartilhamento dos casos, corresponsabilização, discussões e intervenções conjuntas estimulam gradativamente a interdisciplinaridade e ampliação da clínica da equipe<sup>14</sup>.

No que se refere à consolidação da estratégia saúde da família, aponta-se que o compartilhamento de saberes e práticas com os vários profissionais, com ênfase na interdisciplinaridade, é de grande valia, uma vez que os grupos devem ser planejados, conduzidos e avaliados por diversos profissionais, favorecendo assim a contribuição de cada categoria, e a formação de grupos democráticos, planejados com diversos atores dos territórios, utilizando metodologias ativas e com o objetivo de desenvolvimento pessoal e comunitário.

No campo da assistência social, referente à proteção básica, os dispositivos por excelência que estão presentes nas comunidades assegurando a assistência social enquanto direito legal são os CRAS (Centros de Referência de Assistência Social), que buscam articular estratégias de intervenção no território por meio da articulação das ações comunitárias com a política nacional de assistência social. Deste modo, a noção de Intersectorialidade é uma das chaves da própria concepção de controle social no âmbito do SUS, ao passo que rompe com a tradição de setores antagônicos nas esferas do poder público ao mesmo tempo em que leva a discussão sobre saúde mental a diferentes segmentos da sociedade. Também pode ser um instrumento de atuação numa perspectiva de uma clínica ampliada<sup>7</sup>.

Franco Basaglia considerava que era preciso “colocar a doença entre parênteses” para se tratar e lidar com os sujeitos concretos que sofrem e experimentam sofrimento<sup>15</sup>. Assim, todas as ações desenvolvidas devem ser pautadas pelo conceito de cidadania – o usuário é, antes de tudo, um cidadão. E é justamente a partir dessa perspectiva que os campos da saúde e da assistência social se entrelaçam, uma vez que o CRAS atua com a promoção da autonomia e cidadania do usuário, e já que ambos dão um destaque relevante à atuação e intervenção sobre a família, entendida como uma instituição de importância ímpar no desenvolvimento dos mais diversos trabalhos. Assistência Social e saúde, portanto, se aproximam por meio desse eixo em comum: a família.

O protagonismo do usuário é a ideia de que a ação, a interlocução e a atitude dos sujeitos ocupam lugar central nos acontecimentos. O processo de produção da saúde diz respeito ao papel de sujeitos autônomos e corresponsáveis

no processo de produção de sua própria saúde. Trata-se da capacidade das pessoas de interferirem nos rumos da própria vida. Os serviços de atenção à saúde assim como os dispositivos da Rede de Cuidados podem constituir-se de um território subjetivo onde o usuário possa experimentar, talvez pela primeira vez, a capacidade de pensar e decidir por si só uma trajetória singular de vida. Participar da formulação do seu plano de cuidado permite que o usuário desenvolva o exercício de pensar sobre si mesmo, de (re)criar regras e modos de vida compatíveis com sua singularidade. Se assim não for, corre-se o risco de reproduzir a instituição manicomial sob outra roupagem: “[...] os serviços podem, a um só momento, cronificar, restringir, segregar, proteger, bem como libertar, favorecer autonomia, cidadania e protagonismo.”<sup>16</sup>

A discussão é grande e constante em relação às transformações e adaptações do processo de trabalho em saúde mental. O novo modo de atenção psicossocial proposto na área de saúde mental deve ser centrado no usuário enquanto protagonista e no cuidado da unidade familiar em toda sua complexidade, a partir de seu território social<sup>17</sup>. O autor afirma que a família é entendida como parceira no cuidado ao indivíduo que sofre psiquicamente, mas também necessita receber o suporte adequado para superar situações de desgaste físico, emocional, mental e psicológico, devendo encontrar junto aos serviços substitutivos em saúde mental o acolhimento de suas necessidades e apoio para sua reestruturação.

Para o cuidado em saúde mental destacam-se as “Tecnologias Leves”, ou seja, as diretrizes do modo psicossocial estão no uso de tecnologias relacionais, acolhedoras e inclusivas, em sua prática cotidiana, buscando resgatar a

cidadania e a autonomia do sujeito que sofre psicologicamente<sup>10</sup>.

No momento em que os usuários e as famílias recebem apoio e orientação adequadas, podendo compartilhar seus problemas e dificuldades, eles demonstram comprometimento com o seu autocuidado e a família quanto ao seu familiar adoecido<sup>18</sup>. É importante, então, promover espaços de atenção e cuidado à família nos serviços substitutivos de saúde mental, inserindo-a no processo de reabilitação, corresponsabilizando-a pelo cuidado de seu familiar e dando visibilidade à sua ação cuidadora. A partir da criação de espaços de participação, com estratégias que efetivem a inclusão dos familiares no cuidado, o que se espera é uma corresponsabilização, uma aliança entre todos os envolvidos no atendimento: usuário, familiar, equipe e comunidade, para transpor os momentos aflitivos.

As tecnologias relacionais, o acolhimento e a escuta são ferramentas prioritárias para o estabelecimento de ações participativas na atenção psicossocial. O acolhimento, a escuta e a orientação às famílias são aspectos fundamentais no estabelecimento da corresponsabilização na atenção, ou seja, quando a família sente que também está sendo cuidada, torna-se mais participativa na produção do cuidado em saúde mental. A família precisa falar, alguém precisa acolher e ouvir. Esse é o momento em que as equipes dos serviços substitutivos podem se fazer presentes, estabelecendo uma relação de acolhimento da família, garantindo sua fala e uma ação integral, rompendo com a visão linear de saúde e tendo a capacidade de organizar o seu trabalho como um espaço de interação<sup>10</sup>.

O acolhimento é constituído pelas relações desenvolvidas entre o serviço, os profissionais, os usuários e familiares, e suas ações consistem

em intervenções técnicas e interpessoais, podendo ser entendido como a forma que o serviço de saúde se estrutura para receber os usuários e familiares e responder as suas demandas<sup>9</sup>. Para que o acolhimento ocorra é preciso haver encontro e escuta, possibilitando a reestruturação da unidade familiar, a partir de suas vivências. Trata-se ainda de uma estratégia que possibilita ao trabalhador em saúde identificar as demandas dos usuários, porque ocorre no momento em que a necessidade é identificada, podendo ser caracterizado como uma possibilidade de melhorias nas intervenções de saúde a partir do desenvolvimento de práticas integrais, reflexão e transformação das condutas dos profissionais, bem como das relações dos serviços e usuários.

No que se refere à viabilidade deste projeto, a execução deste é de baixo investimento financeiro, visto que as necessidades que envolvem custos são referentes à impressão e cópia de instrumentos e manuais. Outro fator favorável é quanto aos próprios recursos humanos, não sendo necessária a contratação de outros profissionais.

Como aspectos considerados impeditivos para a realização do projeto foram levadas em conta duas situações. A primeira refere-se à aplicação durante horário de expediente. Considerando a alta demanda dos serviços e a escassez de recursos humanos, tal aspecto pode impactar no desenvolvimento do projeto. A segunda é devido ao fato de demandar um acréscimo de atividades na rotina dos funcionários, o que pode causar resistências e/ou não adesão por parte dos profissionais das equipes.

Com o intuito de avaliar as intervenções em saúde, sugere-se o monitoramento, visto que este é um processo sistemático e contínuo que,



através da observação e análise de informações substanciais e em tempo adequado, permite a rápida avaliação situacional. Desta forma idealizam-se reuniões a cada 2 meses com os coordenadores dos pontos de atenção, assim como os demais envolvidos, para verificar o cumprimento das ações planejadas e também identificar a adesão dos profissionais e pacientes ao processo de trabalho proposto.

## CONCLUSÃO

O trabalho em rede busca estruturar formas de tratamento na perspectiva biopsicossocial, considerando não só a condição clínica do paciente, mas promovendo sua recuperação, autonomia, reinserção social e reabilitação profissional. Atender na lógica psicossocial os portadores de sofrimento psíquico, prestando cuidados em momentos de crise, acompanhando-os e buscando a sua reinserção social na comunidade, monitorando continuamente o usuário ao longo do seu tratamento, facilita sua integração na família e comunidade. Essa proximidade com o usuário permite o conhecimento da situação real e facilita o processo para ações intersetoriais de prevenção, promoção e recuperação em Saúde Mental, sendo possível a busca por parceria com outros órgãos, secretarias, instituições ou pessoas, participando de redes de apoio e mobilizando a comunidade para o resgate da cidadania.

A escuta deve ser considerada parte fundamental do cuidado na perspectiva da atenção psicossocial. Assim, torna-se fundamental que o profissional de saúde compreenda o acolhimento como a tradução de posturas que deve desenvolver para atender as necessidades do paciente e do seu núcleo familiar. Nesse sentido, sinceridade, cumplicidade,

afetividade, confiança e responsabilização são instrumentos do trabalho em saúde efetivos na acolhida, promovendo o fortalecimento e apoio nas relações com os familiares. A utilização das tecnologias relacionais, como o acolhimento e a escuta, para estratégia de inclusão da família e protagonismo do usuário no tratamento é fundamental no contexto dos serviços substitutivos, porque, a partir dos vínculos criados nos espaços de acolhimento e escuta, ambos sentem-se fortalecidos para lidar com o sofrimento psíquico e tem a possibilidade de reorganizar seu núcleo familiar.

A família é uma aliada, uma parceira no processo de reabilitação psicossocial do usuário. A atenção psicossocial, associada ao protagonismo das famílias, facilitará a reinserção social do usuário e a promoção da saúde do núcleo familiar, considerando as dimensões pessoais, biológicas, sociais e políticas que envolvem o cotidiano da vida. Por isso a importância no desenvolvimento de ações intersetoriais, uma vez que a família é o eixo em comum.

A importância da utilização do acolhimento e da escuta como estratégias de inclusão e reabilitação psicossocial consistem no fortalecimento de ações que produzam saúde, criando espaços de interação, apoio e suporte entre o paciente, família e os profissionais que compõem a rede de cuidados. Desse modo, promove-se um cuidado que se ocupa do aqui e agora, criando novas intervenções singulares que consideram a subjetividade dos sujeitos envolvidos, respeitando o protagonismo do paciente e incentivando a participação da família nos espaços dos serviços substitutivos, compreendendo que acolher e escutar são portas fundamentais para acesso e atenção em saúde mental.

Acolher e escutar as famílias na lógica da atenção psicossocial é tarefa complexa, mas que,

quando executada, demonstra sua importância e seus resultados positivos no modo de andar a vida do núcleo familiar. O acolhimento é uma prática de saúde cujo retorno é visível, pois as famílias criam vínculos e laços afetivos importantes com as equipes dos serviços, tendo-os como referência para o cuidado.

*“Não façam nada pra nós, sem nós!” – usuários de Saúde Mental*

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3ª ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.
2. Paulin T, Luzio CA. A Psicologia na Saúde Pública: desafios para a atuação e formação profissional. *Revista de Psicologia da UNESP* 2009; 8(2): 98
3. Nepomuceno LB, Brandão IR. Psicólogos na estratégia saúde da família: caminhos percorridos e desafios a superar. *Psicologia: Ciência e Profissão* 2011; 31(4), 762-777
4. Nascimento, GA. Saúde Coletiva e PSF: O Campo de Atuação do Psicólogo.(Obs.? favor verificar com o responsável pelo texto, pois não consegui achar este nome na Internet) Dissertação Universidade Nove de Julho 2015
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº. 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
6. Klein KB. As possibilidades da psicologia dentro de um programa de saúde da família. *CES Revista*, p.177-185, 2009.
7. Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo: Hucitec, 2005. 212p.
8. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 1999;2(15):345-53.
9. Hori AA, Nascimento AF. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. *Ciênc. saúde coletiva [serial on the Internet]*. 2014 Aug [cited 2015 Apr 11]; 19(8): 3561-3571
10. Gonçalves CAV, Machado AL. As tecnologias do cuidado em saúde mental. *Arq Med Hosp. Fac. Ciênc Med Santa Casa São Paulo*. 2013;58(3):146-50.
11. Amarante PDC, Oliveira WF. A inclusão da saúde mental no SUS: pequena análise cronológica do movimento da reforma psiquiátrica e perspectivas de integração. *Dynamis Revista Tecnocientífica*. Blumenau, Editora da FURB. V.12, n.47, p.6-21, 2004.
12. Saraceno B. A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. *Rev Ter Ocup*. 1998; 9:26-31
13. Boing E, Crepaldi MA. O Psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde Brasileiras. *Psicologia, Ciência e Profissão*, v.30, n.3, p.634-649, 2010.
14. Souza J, Luis MAV. Demandas de saúde mental: percepção de enfermeiros de equipes de saúde da família. *Acta Paul. Enferm* 2012; 25(6): 852-858.
15. Amarante P, Lancetti A. Saúde Mental e saúde coletiva. In: Campos, Gastão Vagner de Sousa [et al.] *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.
16. Pande MNR, Amarante PDC. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronidade em questão. *Ciênc. saúde coletiva [Internet]*. 2011 Apr [cited 2019 Apr 08] ; 16( 4 ): 2067-2076. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000400006&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000400006&lng=en) <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000400006>.
17. Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P (org.). *Ensaio – subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p.141-168.
18. Cavalheri SC. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. *Rev. bras. enferm.* 2010;63(1):51-7.