

# CONSTRUINDO INTERFACES DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM RELATO DA EXPERIÊNCIA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

*Building interfaces of psychosocial care in primary health care: an experience at the family health multiprofessional residence*

Raquel Cordeiro de Souza Diniz Rocha<sup>1</sup>

Gisele Maria Melo Soares Arruda<sup>2</sup>

Ana Luisa Almeida Melo<sup>3</sup>

Suzyane Cortês Barcelos<sup>4</sup>

---

Artigo encaminhado: 14/11/2020  
Aceito para publicação: 04/03/2021

**RESUMO:** Atenção psicossocial é uma dimensão do cuidado que deve acontecer em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Entretanto, muitas vezes, o cuidado aos transtornos mentais e às necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas é direcionado exclusivamente aos serviços especializados da RAS. Diante desta realidade, objetivou-se relatar a experiência de reorganização do processo de trabalho em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do município de Icapuí/CE, de junho de 2015 a janeiro de 2016, a partir da iniciativa da equipe de residentes multiprofissionais em Saúde da Família da UAPS. Essa reorganização foi disparada por uma atividade do processo formativo da Residência Multiprofissional: o percurso de rede. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa inscrito na perspectiva metodológica do relato de experiência. Com a aproximação dos residentes da realidade do Centro de Atenção Psicossocial do município, iniciou-se uma articulação em rede na perspectiva do apoio matricial. A partir disso, foram desenvolvidas três estratégias de reorganização do processo de trabalho: cadastramento dos usuários de psicofármacos para diagnóstico situacional do perfil de adoecimento psíquico e da atenção psicossocial na UAPS; definição de um turno semanal de atendimento médico para esse público; e implementação de grupo terapêutico para os usuários e sua família. A experiência possibilitou trabalhar interprofissionalmente na dimensão do apoio matricial e da clínica ampliada. O vivido também promoveu o empoderamento, a motivação e a

---

<sup>1</sup> Especialista em Saúde da Família e Comunidade. Enfermeira. Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará. Email [raquel-cordeiro@outlook.com](mailto:raquel-cordeiro@outlook.com)

<sup>2</sup> Doutora em Saúde Pública. Fisioterapeuta. Docente da Universidade Estadual do Ceará e do Centro Universitário Christus. Email [giselemelosoares@gmail.com](mailto:giselemelosoares@gmail.com)

<sup>3</sup> Mestre em Saúde Pública. Enfermeira. Doutoranda em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará. Email [analuiisa@hotmail.com](mailto:analuiisa@hotmail.com)

<sup>4</sup> Mestre em Saúde Pública. Enfermeira. Doutoranda em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará). Email [suzybarcelos@hotmail.com](mailto:suzybarcelos@hotmail.com)

formação dos trabalhadores da UAPS para o cuidado psicossocial para além da clínica tradicional.

**Palavras-chave:** Saúde da Família. Saúde Mental. Redes de cuidados continuados de saúde. Internato e Residência.

**ABSTRACT:** Psychosocial care is a dimension of care that should happen at all points of the Brazilian Health Care Network. Nonetheless, care for mental disorders and the needs arising from the use of crack, alcohol, and other drugs is often exclusively directed to Health Care Network specialized services. This qualitative study inscribed in the methodological perspective of the experience report aimed to analyze the experience of reorganization of the work process in a Primary Health Care Unit in the city of Icapuí, State of Ceará, Northern Brazil, from June 2015 to January 2016, based on the initiative of the Multiprofessional Family Health resident team. This reorganization was triggered by an activity of the Multiprofessional Residency training process, the network path. With the approach of the residents to the reality of the city Psychosocial Care Center, a networking was initiated in the perspective of the matrix support. Three strategies were developed to reorganize the work process: users registration of psychotropic drugs for the situational diagnosis of the psychiatric illness and psychosocial care profile at the Primary Health Care Unit; definition of a weekly medical care shift; and implementation of a therapeutic group for users and their families. The experience allowed for interprofessional work in the context of the matrix support and extended clinic. Besides, it also promoted empowerment, motivation and training of the Primary Health Care Unit workers for psychosocial care beyond the traditional clinical work.

**Keywords:** Family health. Mental health. Continuing health care networks. Internship and Residence.

## 1 INTRODUÇÃO

A implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Brasil é consequência da mobilização ativa de usuários, familiares e trabalhadores de saúde, iniciada nos anos 80, objetivando superar o modelo manicomial e promover organização das ações e serviços de saúde capaz de ofertar cuidado integral às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

Para promover a desinstitucionalização é preciso construir políticas públicas intersetoriais que, ao instituírem modelos de atenção de base territorial, proporcionem a (re)inserção dos usuários em seus territórios (DIMENSTEIN, 2009), ou seja, no espaço dinâmico onde as pessoas estabelecem suas relações e constroem vínculos (AMORIM, 2009). Nessa perspectiva, a Atenção Primária

à Saúde (APS), operacionalizada no Brasil pela Estratégia Saúde da Família (ESF), é o ponto da Rede de Atenção à Saúde (RAS) que assume papel central de coordenadora do cuidado, sendo ao mesmo tempo via de acesso preferencial e retaguarda para o usuário e sua família no território, proporcionando um cuidado longitudinal (MENDES, 2011; VECCHIA, 2009).

Na organização da RAPS, a ESF deve desenvolver ações de

promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede (BRASIL, 2011, s/p).

Já ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que é ponto de atenção especializada na RAPS, cabe o cuidado multiprofissional “às *peessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas*” (BRASIL, 2011, s/p).

Evidencia-se, pois, que o cuidado em Saúde Mental é uma tarefa que não compete apenas à atenção especializada. Ou seja, tanto os integrantes das Equipes de Referência em Saúde da Família (EqRSF) como os dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) tem a responsabilidade de oferecer o cuidado integral aos usuários e realizá-lo de forma compartilhada com o próprio usuário, sua família e a sociedade (BRASIL, 2017). Sendo assim, faz-se necessário que as equipes da ESF saibam identificar, acolher e cuidar desses usuários, dispondo de ferramentas para um cuidado engendrado no cotidiano (HIRDES, 2009).

No entanto, o cenário da APS tem sido marcado pela dificuldade de os profissionais incorporarem ou aprimorarem, na sua prática diária, competências que melhor acolham os usuários em sofrimento psíquico. Observa-se, ainda, o predomínio de um contexto de fragmentação do cuidado em que a atribuição da responsabilidade pela atenção psicossocial fica praticamente restrita aos pontos de atenção especializada da RAS (ROTOLI et al, 2019).

Essa realidade foi a mesma encontrada pela equipe de residentes em Saúde da Família e Comunidade da Residência Integrada em Saúde da Escola

de Saúde Pública do Estado do Ceará (RIS-ESP/CE) quando de sua inserção na ESF do município de Icapuí/CE. Uma problemática identificada foi o uso exagerado de medicações pertencentes à classe dos benzodiazepínicos e ansiolíticos pela população. Observou-se também que esses usuários de psicotrópicos não se sentiam pertencentes aos cuidados da ESF do seu território, buscando a Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) somente para renovação de receitas e todo o cuidado específico em saúde mental era reportado ao CAPS.

A RIS-ESP/CE é uma pós-graduação na modalidade de educação pelo trabalho onde os profissionais dedicam-se por dois anos à atuação e formação no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Na RIS-ESP/CE com ênfase em Saúde da Família, os residentes inserem-se nas EqRSF e NASF-AB desenvolvendo um trabalho norteado pela territorialização e que desenvolve estratégias de cuidado respondentes às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2017; CEARÁ, 2014). Diante disso, ao longo do percurso formativo da RIS-ESP/CE, além das atividades assistenciais e de gestão do cuidado próprias da APS, os residentes realizam as atividades de percurso de rede na RAPS, o que disparou uma aproximação entre a equipe da ESF e a equipe do CAPS no município, possibilitando uma experiência de articulação interprofissional em rede com objetivo de ofertar um cuidado integral às pessoas com transtornos mentais.

Considerando essa uma experiência exitosa, elaboramos este artigo com o objetivo de relatar a experiência de reorganização do processo de trabalho na referida Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do município de Icapuí/CE. Espera-se que a publicização da experiência vivida subsidie a atuação de profissionais e acadêmicos no planejamento e identificação de estratégias de intervenção em saúde nos territórios. Além disso, relatar uma experiência constitui-se em possibilidade de contribuir com a organização e qualificação do atendimento às demandas de saúde mental no contexto da UAPS estudada e de outras, possibilitando a reflexão crítica quanto à implantação de estratégias de cuidado psicossocial viáveis na APS.

## **2 METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa que buscou a apreensão particular da realidade da reorganização da atenção psicossocial em uma UAPS do município de Icapuí/CE. Inscreve-se na perspectiva de um relato de experiência (HOLLIDAY, 2006) realizado no âmbito da APS do município, a partir da atuação de uma equipe de residentes da RIS-ESP/CE que esteve inserida no município entre maio de 2014 e abril de 2016. A equipe de residentes era composta por quatro enfermeiras, duas fisioterapeutas, uma nutricionista, uma psicóloga e uma assistente social.

A experiência aqui relatada aconteceu no período de junho de 2015 a janeiro de 2016, sendo registrada por uma das enfermeiras residentes em diário de campo, a partir do qual se deu a coleta de informações. As experiências sistematizadas foram relatadas e analisadas com base no referencial teórico sobre o assunto. A análise de informações foi pautada na técnica de análise do conteúdo (BARDIN, 2011).

A partir das etapas vivenciadas pelos profissionais residentes ao longo do processo de reorganização do processo de trabalho na UAPS, quais sejam: “Percurso em rede: o disparo para a articulação entre Atenção Psicossocial e Estratégia Saúde da Família”; “O Apoio matricial como estratégia de enfrentamento da frágil articulação entre APS e RAPS/CAPS”; “Conhecendo o perfil dos usuários de psicotrópicos”; “Reorganização da agenda de trabalho”; e “Grupo Terapêutico ‘Despertar’”.

Por se tratar de um relato de experiência, não houve a necessidade de apreciação ética por um comitê de ética em pesquisa (BRASIL, 2016), mas todos os princípios éticos (BRASIL, 2012) foram respeitados.

## **3 RELATO DE EXPERIÊNCIA**

### **3.1 Percurso em rede: o disparo para a articulação entre Atenção Psicossocial e Estratégia Saúde da Família**

Com a inserção da RIS-ESP/CE em Icapuí/CE e, em especial, a partir do percurso de rede no CAPS estudado, foi possível, aos residentes, identificar e refletir a organização da assistência psicossocial no município e a relação desta com as atribuições e atividades da APS.

O percurso de rede, também denominado estágio em rede, é uma atividade proposta no Projeto Político Pedagógico da RIS-ESP/CE que proporciona a atuação em outro dispositivo da Rede de Saúde, de modo a incorporar a trajetória formativa do profissional-residente (CEARÁ, 2013). Este estágio em rede acontece no segundo ano do processo formativo da RIS-ESP/CE e promove o desenvolvimento de competências para o cuidado integral articulado em redes. Operacionalmente, cada residente dedica dois turnos por semana de sua carga horária de educação pelo trabalho para participar de atividades em um ponto da rede de atenção à saúde diferente do qual ele está atuando. No caso dos residentes em Saúde da Família e Comunidade, as atividades do percurso em rede acontecem nos equipamentos de atenção psicossocial, urgência e emergência, atenção especializada e hospitalar. Espera-se que esses estágios possibilitem o desenvolvimento do cuidado articulado na RAS e com as demais políticas públicas, bem como a organização dos serviços e dos processos de trabalho na perspectiva da integralidade (CEARÁ, 2013).

Quando a equipe de residentes em Saúde da Família e Comunidade vivenciou o percurso de rede no CAPS, foi possível conhecer melhor a proposta de organização da atenção psicossocial no município e a necessidade de articulação da RAPS para garantir a integralidade desse cuidado. Foi relevante constatar que a UAPS não proporcionava o acompanhamento longitudinal aos seus usuários em uso de medicação psicotrópica, realizando essencialmente a renovação de receitas de medicação especial e direcionando o usuário à atenção especializada do CAPS.

Além disso, foi através do percurso em rede que a equipe pôde conhecer as atividades desenvolvidas no CAPS, como grupos de arte terapia, educação física, acompanhamento psicológico, psiquiátrico, de enfermagem e assistência social por meio de consultas e busca ativa de usuários. Desta forma, o percurso em rede se apresentou como uma possibilidade formativa para os profissionais, levando-os a compreender melhor as metodologias e ferramentas de atuação clínica e pedagógica em saúde mental.

Os estágios em rede são particularmente importantes para a formação do residente em Saúde da Família e Comunidade, pois ajudam a explorar e conhecer outros pontos da RAS, o que pode ocasionar mudanças no processo de trabalho na ESF, qualificando a atenção e garantindo maior resolutividade ao

cuidado. Mesmo que a ênfase do programa de residência seja em Saúde da Família, apenas com o conhecimento ampliado da RAS e seus fluxos é possível garantir a integralidade da atenção. Acreditamos, pois, que esse modelo de estágio é uma estratégia didático-pedagógica que deveria ser adotada por todos os programas de Residência Multiprofissional em Saúde, especialmente diante do contexto nacional de estruturação das RAS.

### **3.2 O Apoio matricial como estratégia de enfrentamento da frágil articulação entre APS e RAPS/CAPS**

Como estratégia de enfrentamento da fragilidade no cuidado em saúde mental na realidade do município de Icapuí/CE, os residentes buscaram fortalecer a dinâmica do apoio matricial entre os dois pontos da RAS. O objetivo era construir e ativar espaços para comunicação ativa e compartilhamento de conhecimentos e habilidades entre profissionais de referência (no caso, as EqRSF) e apoiadores (no caso, o CAPS). Desta forma, em acordo com Campos (2007), se buscava organizar uma atenção psicossocial mais efetiva na UAPS e, ao mesmo tempo, construir relações de retaguarda assistencial especializada e de suporte técnico-pedagógico com o CAPS.

Para intervenção em situações de sofrimento psíquico, os profissionais devem ter conhecimentos e habilidades específicas para que, considerando a subjetividade e a singularidade dos sujeitos, possam conduzir o processo de cuidado de modo empático e acolhedor. Ações pedagógicas que busquem o desenvolvimento dessa competência têm sido desenvolvidas e constituem-se em uma das dimensões da metodologia do apoio matricial (CAMPOS, 2007).

Um desses momentos de apoio técnico-pedagógico foi o I Fórum Municipal de Saúde Mental de Icapuí/CE. O fórum aconteceu nos dias 08 e 09 de outubro de 2015 com a discussão de práticas multidisciplinares para o cuidado integral em saúde mental. O fórum visou potencializar a perspectiva da desinstitucionalização, afirmando, em acordo com Amorim e Dimenstein (2009), que, no contexto atual, mais que acabar com os manicômios, faz-se impreterível desinstitucionalizar o cotidiano e as práticas de cuidado comunitárias.

O fórum proporcionou um espaço de interação entre os profissionais envolvidos com a atenção psicossocial, bem como uma reflexão acerca do perfil e das condições de adoecimento psíquico no município. Diante desta reflexão,

foram pensadas, coletivamente, estratégias para recriar a prática e promover um trabalho interprofissional na perspectiva do apoio matricial, sendo sinalizadas duas necessidades básicas: o acompanhamento efetivo e longitudinal dos casos de transtorno mental na UAPS e a formação de um grupo terapêutico. E, a partir do fórum, as reuniões entre profissionais da EqRSF, NASF-AB e CAPS passaram a ser mensais com objetivo de planejar e executar tais estratégias.

Acreditamos que o fórum foi uma iniciativa de Educação Permanente em Saúde efetiva e que promoveu aprendizagem significativa e problematizadora ao passo que, conforme preconizado por Merhy (2015), envolveu profissionais de saúde, gestores e usuários na busca de alternativas de transformação do processo de trabalho para o alcance de resultados mais efetivos.

### **3.3 Conhecendo o perfil dos usuários de psicotrópicos**

A primeira grande ação pactuada e executada pelas equipes baseou-se no levantamento do perfil dos usuários de psicotrópicos do território da UAPS. Para tanto, foi elaborado um instrumento de cadastro desses usuários e os Agentes Comunitários de Saúde foram designados para o cadastramento, no qual registraram nome, data de nascimento, microárea, tipo de transtorno, medicações em uso e interesse em participar de um grupo na UAPS.

A partir desse cadastro foi possível identificar 192 usuários de medicação ansiolítica e/ou benzodiazepínica e/ou antidepressivos, sendo 66 homens e 126 mulheres. Por não ser objetivo desse artigo, não foi realizada uma análise estatística dessa diferença entre os gêneros para afirmar seu grau de significância. Todavia, o maior número absoluto de mulheres pode indicar uma condição de vulnerabilidade de gênero, pois *“mulheres têm cerca de duas vezes mais chance de apresentar essa forma de sofrimento do que os homens”* (BRASIL, 2013, p. 92). Diferença esta atribuída ao papel social da mulher que, muitas vezes, está condicionado a uma tripla carga de responsabilidades, trabalhando fora de casa para contribuir na renda familiar além de, muitas vezes, assumir o papel central no cuidado à família e ao lar.

Os transtornos mais prevalentes foram ansiedade e depressão, e as medicações mais comumente usadas eram clonazepam, diazepam, amitriptilina e fluoxetina. Percebeu-se que todos os usuários diagnosticados com transtornos mentais do território faziam uso de medicações e a eles não eram ofertadas



outras modalidades terapêuticas. Ou seja, apresentava-se uma tendência à medicalização dos problemas pessoais, sociofamiliares e afetivos na parcial tentativa de resolver a problemática psíquica exclusivamente por terapêutica farmacológica (BRASIL, 2013). Além disso, muitos desses usuários faziam o uso da mesma medicação na mesma dosagem há bastante tempo, sem um processo de reavaliação, desmame e busca de terapias alternativas e complementares. Assim, adotou-se como meta avaliar, caso a caso, o período de uso da medicação e buscar alternativas para o desmame progressivo.

Esse levantamento foi também um dos pontos de partida para o planejamento e execução das demais estratégias de reorganização do processo de trabalho que aqui serão discutidas.

### **3.4 Reorganização da agenda de trabalho**

A segunda estratégia foi a reorganização da agenda de trabalho da UAPS, incluindo-se um turno semanal na agenda de toda a equipe multiprofissional para atendimentos em saúde mental. A cada turno, eram atendidos 16 usuários em sofrimento psíquico e/ou que faziam uso de medicações psicotrópicas. E, em cada semana, a população de uma área do território adscrito à UAPS era contemplada com esse atendimento, que buscava avaliar o contexto biopsicosociocultural do usuário e identificar o nível de dependência da medicação, buscando reduzir, de forma progressiva, as medicações em uso. A partir da avaliação individual, a médica da UAPS realizava os devidos encaminhamentos, reportando ao atendimento psiquiátrico e/ou psicológico no CAPS ou da psicóloga residente. Para esses atendimentos, o profissional médico contava com a retaguarda dos profissionais do CAPS e do NASF-AB.

A partir da organização dos atendimentos em saúde mental, percebeu-se também a necessidade de elaboração de um cartão de acompanhamento do usuário de saúde mental. No cartão de acompanhamento eram registradas as consultas médicas na unidade, o dia que recebeu a medicação, os medicamentos em uso e prescrições, frequência/participação nas atividades coletivas do grupo, observações e intercorrências, permitindo assim a longitudinalidade desse cuidado. O mesmo cartão era utilizado pelo usuário em toda a RAS, inclusive no CAPS. Em paralelo a isso, buscou-se fortalecer o registro em prontuário de todo o acompanhamento de cada usuário.

As fichas elaboradas e o uso do prontuário permitiram organizar o fluxo de atendimento desse usuário na RAS, facilitando também o acompanhamento multiprofissional.

### **3.5 Grupo Terapêutico “Despertar”**

Paralelamente ao atendimento médico foi desenvolvida a terceira estratégia de reorganização do processo de trabalho: um grupo terapêutico, denominado grupo Despertar. O grupo era sempre realizado na própria UAPS, concomitante ao atendimento médico e com duração média de 20 minutos sob condução compartilhada da EqRSF, do NASF-AB e dos residentes. Eram abordados os mais diversos temas, com vistas a promover educação em saúde e a convivência entre os participantes. Dentre os temas, pode-se citar: higiene do sono; uso de medicações controladas; autoestima; hábitos de vida saudáveis; identidade pessoal e autoimagem; organização do serviço de saúde, etc. Eram utilizadas metodologias ativas, de modo a permitir que cada sujeito contribuísse com o tema a partir de seus conhecimentos prévios. Dessa forma, a equipe se colocava em disponibilidade para escuta, procurando se envolver no mundo dos afetos com cada usuário e descobrir possibilidades e potencialidades, bem como novas maneiras de relacionar-se e viver (BRASIL, 2013).

O Grupo Despertar contribuiu para a corresponsabilidade no cuidado integral, envolvendo usuários, profissionais e familiares nas atividades. Nesse sentido, o grupo buscou usar diversas maneiras de construção compartilhada de conhecimentos, como vídeos, dinâmicas, atividades lúdicas, rodas de conversa, reflexão sobre música, fábulas/textos, oficinas, etc., sempre com a proposta de um tema gerador que direcionava as atividades. Nesse contexto, *“as pessoas relatam suas histórias pessoais e o grupo participa da discussão com perguntas e falas que objetivam a superação das dificuldades do dia a dia, tudo em um clima acolhedor e de empatia”* (BRASIL, 2013, p. 142).

O grupo é uma ferramenta eficaz na atenção ao usuário com transtorno mental, podendo ser terapêutico para os sujeitos em sua dimensão singular e no apoio mútuo gerado pelo compartilhamento da mesma condição de adoecimento. O grupo funciona enquanto espaço de aprendizado social, capaz de sugerir soluções para problemas comuns entre os participantes, ajudando uns

aos outros, fortalecendo a ideia de que, além da medicação, havia outras possibilidades terapêuticas para o sofrimento psíquico (HAGEDORN, 2007).

A equipe de residentes efetivou as ações do grupo Despertar de outubro/2015 a janeiro/2016, conduzindo sete encontros. Após este período, o grupo permaneceu em andamento com atividades quinzenais, sendo executado pela EqRSF e profissionais do NASF-AB do município, uma vez que os residentes deixaram o cenário de prática com o fim do período de vinculação com a pós-graduação.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estágio de percurso em rede, disparador de todo esse processo aqui relatado, é estratégia de ensino-aprendizagem da RIS-ESP/CE bastante importante por permitir ao residente conhecer outros pontos de atenção da RAS e promover a articulação da APS, enquanto coordenadora do cuidado, com esses serviços. Dessa forma, esse percurso possibilitou, na realidade de Icapuí/CE, o reconhecimento do cenário da atenção psicossocial e das problemáticas e potencialidades relacionadas a esse campo da saúde.

Diante das estratégias e recursos disponíveis, foi possível efetivar mudanças no processo de trabalho da UAPS. Destacam-se aqui a criação de instrumentos que auxiliaram o cuidado e o acompanhamento em saúde mental, bem como a implementação do grupo Despertar enquanto ferramenta terapêutica de cuidado, que ampliou a atenção ofertada aos usuários e possibilitou aos profissionais a abertura a uma nova perspectiva de cuidado.

Todas as estratégias de reorganização do processo de trabalho ancoraram sua efetividade no fomento à interprofissionalidade, na perspectiva coletiva de cuidado, proporcionando a constituição de uma rede de apoio entre os sujeitos; e na articulação em rede pautada na metodologia do apoio matricial. Todo esse processo, desde o diagnóstico situacional até a implementação das estratégias, além de qualificar o cuidado na perspectiva da clínica ampliada, também promoveu a educação permanente dos profissionais.

Diante do exposto sugere-se que os profissionais de saúde que trabalham na assistência inovem, reformulem e recriem a sua prática a partir de uma atenção integral que vislumbre ir além de práticas clínicas e medicamentosas,

mas que identifique, a partir da escuta, estratégias de melhor promover saúde ao usuário e sua família.

## REFERÊNCIAS

AMORIM, Ana; DIMENSTEIN, Magda. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p. 195-204, 2009.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições, 2011.

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). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)  
Acesso em: 09.03.2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510**, de 07 de abril de 2016. Normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília, DF: 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica Saúde Mental nº 34**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p. 399-407, fev. 2007.

CEARÁ. Governo do Estado do Ceará. Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará. **Edital Regulador 01/2014 RIS/ESP-CE** - Processo seletivo simplificado

de seleção de candidatos para Residência Integrada em Saúde. RIS-ESP/CE. Fortaleza/CE, 2014.

CEARÁ. Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará. Residência Integrada em Saúde. RIS - ESP/CE. Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará.

**Percurso formativo-pedagógico dos profissionais residentes:** tutorial orientador turma I. Fortaleza/CE, 2013.

DIMENSTEIN, Magda; LIBERATO, Mariana. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede.

**Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v.1, n.1, jan-abr 2009.

GELINSKI, Carmen. A questão da co-responsabilidade prevista na Estratégia Saúde da Família. **Política & Sociedade**, Florianópolis, v.10, n.19, out 2011.

HAGEDORN, Rosemary. **Ferramentas para prática em Terapia**

**Ocupacional:** uma abordagem estruturada aos conhecimentos e processos centrais. São Paulo: Roca, 2007.

HIRDES, Alice. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: uma revisão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p. 297-305, 2009.

HOLLIDAY, Oscar Jara. **Para sistematizar experiências**. 2. ed., Brasília: MMA, 2006. 128 p.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERHY, Emerson Elias. Educação Permanente em Movimento: uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. **Saúde em Redes**. v.1, n.1, p. 7-14, 2015.

ROTOLI, Adriana; SILVA, Mara Regina Santos; SANTOS, Alessandro Marques; OLIVEIRA, Adriane Maria Netto; GOMES, Giovana Calgano. Saúde mental na Atenção Primária: desafios para a resolutividade das ações. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, e20180303, 2019. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452019000200209&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452019000200209&lng=en&nrm=iso) Acesso em: 09.03.2021.

VECCHIA, Marcelo; MARTINS, Sueli. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.13, n.28, p.151-64, jan./mar 2009.