

Transtornos mentais comuns e a Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (RAPS/SUS): uma revisão integrativa

Resumo

^a. Klecia Batista¹

Introdução: a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é uma rede temática do Sistema Único de Saúde (SUS) que tem como foco a oferta de cuidado em saúde mental. O presente artigo se propõe a discutir a organização dos serviços que compõem essa rede, em torno dos chamados Transtornos Mentais Comuns (TMC), que são caracterizados pela presença de sintomas difusos de adoecimento psíquico sem que haja o fechamento de um diagnóstico formal. **Método:** trata-se de uma revisão integrativa de literatura, realizada entre os meses de fevereiro e julho de 2023, no site no Ministério da Saúde (MS). Para essa revisão, foram analisados documentos como leis e portarias do SUS, que tratam dos serviços que compõem a RAPS. **Resultados:** a pesquisa aponta que os serviços de atenção primária constituem o lugar privilegiado de cuidado em relação aos quadros de TMC, sem deixar de enfatizar a importância do trabalho em rede. **Conclusão:** constata-se a necessidade de discussão ampliada sobre as políticas públicas de atendimento aos usuários com TCM na RAPS.

Palavras-chave: serviços de saúde mental; Sistema Único de Saúde ; transtornos mentais.

Common mental disorders and the psychosocial care network of the unified health system (raps/sus): an integrative review

Abstract

Introduction: the Psychosocial Care Network (RAPS) is a thematic network of the Unified Health System (SUS) that focuses on offering mental health care. This article proposes to discuss the organization of the services that make up this network, around the so-called Common Mental Disorders (CMD), which can be characterized by the presence of diffuse symptoms of psychic illness without a formal diagnosis being concluded. **Methods:** this is an integrative literature review, carried out between February and July 2023, on the Ministry of Health (MS) website. For this review, documents such as laws and ordinances of the SUS, which deal with the services that make up the RAPS, were analyzed. **Results:** the result show the primary care services are the main place of care for people with CMD, while at the same time highlighting the importance of a health service network. **Conclusion:** there is a need to broaden the discussion about the brazilian public policies for persons with CMD.

Keywords: mental health services; Unified Health System; mental disorders.

^a. Doutorado em Saúde Coletiva, Faculdade Pio Décimo, Aracaju, Sergipe, Brasil. E-mail: klecia.rob@gmail.com

INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica brasileira é um processo que transcorre num contexto de mobilização social e que coloca diversos questionamentos acerca da relação entre Estado e sociedade. Segundo Amarante (1995), é somente nos anos finais da década de 1970 – a partir da conjuntura da redemocratização – que a reforma psiquiátrica nacional assume a forma de um movimento mais concreto. Para o autor, os fundamentos desse movimento são uma crítica conjuntural ao sistema nacional de saúde mental e uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas.

O mesmo autor distingue quatro dimensões da reforma psiquiátrica, sendo elas: a teórico-conceitual, a jurídico-política, a técnico-assistencial e a sociocultural (Amarante, 2007). Conforme suas acepções, a dimensão teórico-conceitual refere-se aos fundamentos científicos dos movimentos de reforma psiquiátrica. A dimensão jurídico-política engloba a revisão de toda uma legislação estabelecida em torno de diagnósticos psicopatológicos, bem como a construção de uma noção de cidadania que não exclua as pessoas em sofrimento mental. A dimensão técnico-assistencial diz respeito à função dos serviços que se destinam ao cuidado em saúde mental, buscando promover reflexões acerca de seu funcionamento como lugar de controle e disciplina. Por fim, a dimensão sociocultural é “uma dimensão estratégica [...]”. Um dos princípios adotados nesta dimensão é o envolvimento da sociedade na discussão da reforma psiquiátrica com o

objetivo de provocar o imaginário social a refletir sobre o tema da loucura” (Amarante, 2007, p. 73).

É importante reconhecer que todas as dimensões acima referidas estão articuladas de maneira inexorável, não sendo possível delimitar um tema de estudo sem tocar em todas elas. A título de organização didática, o presente artigo vai se concentrar na dimensão jurídico-política do problema investigado, que pode ser assim colocado: qual o lugar de cuidado a pessoas com Transtornos Mentais Comuns (TMC) na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)? Esse questionamento emerge da constatação, feita pela autora em sua experiência de campo, de que não há clareza em relação a esse lugar, o que dificulta a resolutividade do SUS em relação a estes processos de saúde-cuidado-adoecimento.

Sabe-se que os CAPS são serviços que se dedicam ao “atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas” (Brasil, 2011). Apesar disso, é comum que todo e qualquer sujeito em condições de sofrimento psíquico seja encaminhado aos CAPS, evidenciando um desconhecimento acerca do funcionamento da RAPS. Segundo Sampaio e Bispo Júnior (2021, p.2), “mesmo com o avanço das publicações na área, existe ainda a necessidade de desenvolvimento de pesquisas que contribuam para o debate nacional relacionado à interlocução entre os diversos pontos de atenção”. Assim, pessoas que apresentam quadro de TMC

chegam ao CAPS através de encaminhamentos de outros serviços que deveriam se responsabilizar pelo seu cuidado e, ao chegar lá, são encaminhadas de volta, entrando em um itinerário de idas e vindas que dificulta, certamente, a construção do vínculo dos usuários com a rede.

Transtornos Mentais Comuns (TMC) é um termo cunhado por Goldberg e Huxley (1992) para se referir a um conjunto de sintomas de sofrimento psíquico que tem intensidade suficiente para interferir nas atividades diárias do sujeito – incapacitando-o funcionalmente – mas que não preenchem critérios formais suficientes para um diagnóstico de transtornos referidos nas classificações oficiais, Classificação Internacional de Doenças (CID) e o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM). Os principais sintomas inclusos são uma notável ansiedade, fadiga, irritabilidade, insônia, esquecimento, queixas somáticas inespecíficas e sentimento de inutilidade (Goldberg; Huxley, 1992).

Faz-se importante destacar que a denominação de Transtornos Mentais Comuns não é consensual, sendo possível identificar, tanto na literatura acadêmica quanto na língua corrente entre profissionais da área, termos como sofrimento difuso, problemas de nervos, problemas psicológicos, entre outros (Fonseca, 2007). De qualquer forma, deve-se considerar que, em sua maioria, quando essas manifestações se apresentam aos diversos pontos de atenção do SUS, elas são avaliadas imediatamente como decorrentes de algum desequilíbrio químico e que há o início da medicamentali-

zação.

Diante desse quadro, a pesquisa aqui apresentada se desenhou com o objetivo principal de identificar as opções de cuidado disponíveis para pessoas com quadros de TMC na RAPS/SUS. Entende-se que os resultados de uma pesquisa como esta podem promover reflexões acerca das práticas desenvolvidas nos serviços que compõem essa rede e proporcionar o desenvolvimento de fluxos mais resolutivos de cuidado.

MÉTODOS

Este estudo consiste em uma revisão integrativa de literatura, tomando como base algumas legislações do campo da saúde mental e outras fontes secundárias, obtidas por meio de levantamento bibliográfico e com base na experiência vivenciada pela autora referente à temática da saúde mental. De acordo com Ercole, Melo e Alcoforado (2014), uma revisão integrativa de literatura permite a combinação de materiais de diferentes naturezas.

A pesquisa foi dividida em seis fases: (1) elaboração da pergunta norteadora; (2) busca ou amostragem na literatura; (3) coleta de dados; (4) análise crítica dos estudos incluídos; (5) discussão dos resultados; e (6) apresentação da revisão integrativa. Utilizou-se a estratégia PICO: População (usuários), Interesse (repercussões para a saúde mental e estratégias de enfrentamento no tratamento de TMC) e Contexto (Rede de Atenção Psicossocial). Como resultado, obteve-se a seguinte

Quadro 1 - Legislações identificadas e não analisadas

Modalidade/número	Ano	Assunto
Portaria n.º 336	2005	Estabelece as modalidades de CAPS e equipe mínima
Portaria n.º 245	2005	Destina incentivo financeiro para implantação de CAPS
Portaria n.º 3.089	2011	Dispõe sobre o financiamento dos CAPS - custeio
Portaria n.º 130	2012	Redefine o CAPS AD III e os incentivos financeiros
Portaria n.º 615	2013	Leite materno e alimentos sólidos ou semissólidos.

Fonte: elaborado pelo autor (2023).

pergunta norteadora: “Qual o lugar de cuidado para pessoas com TMC na RAPS?”.

O período de busca do material foi entre os meses de fevereiro e abril de 2023. Para identificação dos documentos legais (leis e portarias) foi realizada uma busca no *site* do Ministério da Saúde (www.gov.br/saude/pt-br), no tópico legislação, utilizando os termos “legislação RAPS”, “legislação saúde mental SUS”, “portarias RAPS” e “portarias CAPS”. Após esse levantamento, foram elencados os materiais que não foram analisados, por não terem relevância para o estudo, descritos no quadro 1. Após a leitura da temática, foram selecionados 07 (sete) materiais para análise, descritos no quadro 2.

Após essa seleção, os materiais foram analisados em duas etapas. Primeiramente, os materiais foram lidos exaustivamente, com o objetivo de organizar a análise em partes. Após essa primeira leitura, optou-se por dividir a análise de acordo com os diferentes níveis de atenção à saúde do SUS (primária,

secundária e terciária). No segundo momento, foi feita a articulação das especificidades de cada nível de atenção com as características do objeto-alvo desse artigo: TMC.

O eixo central das análises e discussões empreendidas neste artigo é constituído pelos debates presentes na literatura especializada – livros e artigos – acerca da Reforma Psiquiátrica brasileira. Ou seja, o solo sobre o qual se constroem as bases deste artigo é permeado por vislumbres antimanicomiais.

RESULTADOS

Para melhor organização dos resultados, foi construído um quadro resumido contendo: modalidade/número, ano e assunto abordado, na perspectiva de facilitar a leitura sucinta de informações sobre os artigos, conforme apresentado no Quadro 2. Para discussão dos resultados foram construídas categorias inerentes aos achados

Quadro 2 – Leis e Portarias analisadas

Modalidade/número	Ano	Assunto
Lei n.º 10.216	2001	Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
Portaria n.º 336	2002	Dispõe sobre modalidades, organização e funcionamento do CAPS.
Portaria n.º 3.088	2011	Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.
Portaria n.º 148	2012	Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e incentivos financeiros de investimento e de custeio.
Portaria n.º 854	2012	Altera tabela de procedimentos dos CAPS.
Portaria n.º 953	2012	Inclui na Tabela do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES) os Serviços Hospitalares de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas, e dá outras providências.
Portaria n.º 2.436	2017	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS.
Portaria n.º 3.588	2017	Altera as Portarias de Consolidação n.º 3 e n.º 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.

Fonte: elaborado pelo autor (2023).

para contemplar o objetivo proposto pelo estudo.

DISCUSSÃO

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Nesse primeiro tópico da discussão, pretende-se desenvolver, a partir dos materiais analisados, os eixos da proposta da organização de uma rede de atenção psicos-

social. O principal material que aqui é analisado é a Portaria n.º 3.088/2011, que institui e organiza a RAPS no SUS. A organização em rede surge como uma estratégia para enfrentamento de um novo cenário demográfico e epidemiológico caracterizado, segundo Mendes (2011), por uma tripla carga de doenças, envolvendo: 1) uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; 2) o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de riscos,

como o tabagismo, o sobrepeso, a obesidade, a inatividade física, o estresse e a alimentação inadequada; e 3) o forte crescimento das causas externas.

De acordo com Mendes (2011), num cenário em que prevaleciam as doenças infecciosas e as condições agudas de adoecimento, fazia sentido a existência de um sistema de saúde fragmentado, no qual a ação é reativa à demanda e as intervenções têm finalidade curativa e reabilitadora. Na medida em que esse perfil se transforma e que as formas de adoecimento estão predominantemente articuladas com os modos de vida e condições de existência, torna-se imperativo – para uma atenção à saúde mais resolutiva – organizar a atenção à saúde por meio de um ciclo completo de atendimento. Dessa maneira, garantir-se-ia a continuidade e a integralidade do cuidado. Quinderé, Jorge e Franco (2014) afirmam que a proposta de trabalho em rede faz sentido na saúde porque este campo é marcado pelo movimento e pela multiplicidade de portas de entrada e de fluxos de atendimento. Para os autores, uma rede funciona de acordo com o trabalho das equipes de saúde, que se articulam em torno dos problemas de saúde dos usuários, definindo os caminhos a serem percorridos em cada caso.

Para que essa estrutura se efetive, uma Rede de Atenção à Saúde deve ser composta, em sua estrutura operacional, por cinco componentes:

O centro de comunicação, a APS [Atenção Primária à Saúde]; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e

sistema de informação em saúde); os sistemas logísticos (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança. Os três primeiros correspondem aos nós das redes e, o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós (Mendes, 2011, p.86).

Dadalt *et. al.*, (2023) realizaram uma revisão de literatura com o objetivo de investigar a coordenação do cuidado em redes, tomando como foco o papel da Atenção Primária em Saúde (APS). Nesse estudo, os autores identificaram que as estratégias implementadas em rede estão alinhadas com o que se preconiza ao nível de políticas públicas, visando a qualificação do cuidado e reforçando a importância da coordenação a partir da APS. Entre essas estratégias, os autores enfatizam a definição de fluxos assistenciais regidos por protocolos clínicos terapêuticos, o compartilhamento de informações através de sistemas de informação efetivos e a qualificação profissional das equipes.

No âmbito do SUS, algumas redes de atenção foram estruturadas, sendo a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) apenas uma delas. Segundo Moreira e Bosi (2023), a RAPS pode ser considerada uma rede temática que tem como foco a saúde mental e que se articula com outras redes temáticas de forma a garantir a integralidade do cuidado. Instituída na Portaria n.º 3.088/2011, a RAPS teve seus objetivos assim definidos:

ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos

de atenção e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (Brasil, 2011).

Lima e Guimarães (2019) evidenciam que a organização da RAPS propicia um novo arranjo organizativo de serviços e estratégias, visando a integralidade e a continuidade do cuidado e a construção de vínculos horizontais entre atores e setores. Segundo a já citada Portaria n.º 3.088/2011, a RAPS é constituída pelos serviços: Unidade Básica de Saúde, as equipes de Consultório na Rua, as equipes de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório, os Centros de Convivência, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), as salas de estabilização, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, as Unidades de Acolhimento, os serviços de Atenção em Regime Residencial, as enfermarias especializadas em hospitais gerais, os serviços hospitalares de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, os serviços Residenciais Terapêuticos e as ações de reabilitação psicossocial (Brasil, 2011).

Vale ressaltar que em uma rede de atenção, os serviços que compõem a atenção secundária e terciária representam os pontos nos quais se manifestam a temática da rede de forma restrita, pois é nesses níveis que se impõe a necessidade da especialização das atividades técnicas. “Todos os

demais componentes das redes de atenção à saúde, a APS, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança são transversais a todas as redes temáticas, sendo, portanto, comuns a todas elas” (Mendes, 2011, p.87).

Isso quer dizer que, no caso de cuidados em saúde mental, a oferta de cuidado na RAPS deve ser distribuída pelos serviços de acordo com os níveis de complexidade. Os tópicos a seguir vão explorar as atribuições de cada nível de atenção da RAPS, buscando fazer uma articulação dessas atribuições com o público formado por pessoas com TMC. Opta-se aqui por iniciar pelos níveis de atenção especializados (secundário e terciário), deixando a atenção primária como tópico final da análise.

Antes de iniciar na análise propriamente dita, faz-se importante destacar que os componentes da RAPS Atenção Residencial de Caráter Transitório, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial não foram objetos de análise neste estudo. Isso porque os primeiros são destinados ao cuidado com pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, enquanto as Estratégias de Desinstitucionalização são voltadas ao acolhimento de pessoas egressas de internação de longa permanência. Já a Reabilitação Psicossocial é vista como uma potente ferramenta para o público em geral, mas por não constituir um ‘lugar’ – e sim um conjunto de iniciativas – não foi investigado dentro do objetivo aqui proposto.

A Atenção Secundária na RAPS e os TMC

A Portaria n.º 3.088/2011 define como ponto de atenção especializada da RAPS os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Nessa mesma portaria, em seu sétimo artigo, é deliberado que os CAPS realizam atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Vale dizer que os CAPS foram pensados e estruturados, no Brasil, no bojo dos movimentos reformistas e que seu estabelecimento como serviço de saúde mental é anterior à sua regulamentação. O primeiro CAPS do país surgiu em 1987, em São Paulo, e tinha como objetivo construir uma rede de prestação de serviços preferencialmente comunitária, garantindo tratamento de intensidade máxima a pessoas com graves dificuldades de relacionamento e inserção social (São Paulo, 1982).

É somente após a publicação da Lei n.º 10.216, em 2001, que os CAPS passam a ser regulamentados. A Portaria do Ministério da Saúde n.º 336, do ano de 2002, estabelece as modalidades de CAPS – I, II ou III –, de acordo com critérios de abrangência populacional. No primeiro parágrafo do art. 1º dessa portaria, define-se que os CAPS I, II e III cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental – sendo distintos pela capacidade operacional de cobertura populacional – e devem estar capacitados para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial.

Além dessas três modalidades, a mesma portaria estabelece outras duas, com

especificidades de público: o CAPS I, destinado ao cuidado com o público infantil e adolescente e o CAPS AD, que direciona serviços e ações específicas para as pessoas em sofrimento mental decorrente do uso de álcool, crack e outras drogas. É importante citar que outra portaria mais recente – a Portaria n.º 3.588, de 2017, do Ministério da Saúde – acresce àquelas a modalidade CAPS IV, que destina cuidado de pessoas com quadros graves e intensos decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, funcionando vinte e quatro horas por dia, todos os dias as semana (Brasil, 2017a).

A assistência prestada aos usuários do CAPS inclui, de maneira geral, as seguintes atividades: atendimento individual especializado, atendimento em grupos, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimentos à família e atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social. No caso dos CAPS III, acrescenta-se a essa lista a possibilidade de acolhimento noturno e os CAPS AD realizam, além das atividades acima descritas, o serviço de desintoxicação.

Conforme apresentado acima, os CAPS constituem o ponto de atenção especializada da RAPS e, como tal, ocupam uma posição estratégica na rede. Pode-se dizer que os CAPS representam o núcleo da clínica e dos saberes especializados na prestação de cuidado em saúde mental no SUS, articulando os demais pontos da rede. No entanto, apesar desse lugar estratégico, é necessário registrar – a partir das Portarias n.º 336/2002 e n.º 3.088/2011, do Ministério da Saúde – que o público coberto pelos cuidados oferecidos nos CAPS são pessoas com transtornos

mentais severos e persistentes, além de pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas.

Assim sendo, parece restar indiscutível que o nível de atenção secundário da RAPS não constitui o lugar regulamentado para o cuidado as pessoas que apresentem quadro de TMC. Apenas a título de informação, vale a pena marcar a diferenciação entre os TMC e os transtornos mentais graves e persistentes, de forma a não restar dúvidas sobre qual é o público coberto pelos CAPS. Como dito em outra seção, os TMC são marcados por manifestações sintomáticas difusas que, apesar de interferirem em alguns aspectos na vida da pessoa, não cumprem os critérios suficientes para o fechamento de um diagnóstico formal de algum dos transtornos listados nos manuais diagnósticos e estatísticos oficiais. Jansen *et al* (2011) enfatizam que os principais sintomas dos TMC – insônia, fadiga, esquecimento, irritabilidade, dificuldades de concentração e queixas somáticas – trazem impactos negativos na qualidade de vida. Esses autores reconhecem, contudo, que a ênfase no acompanhamento dos casos de TMC deve ser na prevenção e na promoção de saúde e, assim sendo, a atenção especializada não é o foco do cuidado para tais casos. Em comparação com os TMC, os transtornos mentais graves – esses sim, público dos CAPS e da atenção especializada da RAPS – são aqueles que produzem uma perda significativa de funcionalidade social. Segundo Chiaverini (2011), quando essa perda tende a se perpetuar para o resto da vida, eles são chamados de graves e persistentes. Esta mesma autora propõe uma divisão didática e simplificada dos

transtornos graves em quatro categorias: psicóticos, afetivos graves, espectro impulsivo-compulsivo e da personalidade.

Por fim, apenas a título de ressalva, é importante dizer que o fato de os transtornos graves e persistentes constituírem o público prioritário dos CAPS, esse não é o único lugar de cuidado para essas pessoas. Assim como, para qualquer outro caso que demanda cuidados na RAPS, o público de transtornos mentais graves deve ter garantido seu acesso aos pontos de atenção dos diferentes níveis.

A atenção terciária na RAPS e os TMC

A Portaria n.º 3.088/2011, do Ministério da Saúde, define como pontos de atenção terciária da RAPS as enfermarias especializadas em hospitais gerais e os serviços hospitalares de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Além disso, consideram-se pontos de atenção terciária da RAPS os serviços de atenção às urgências e emergências, como as salas de estabilização, as UPA e as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro.

As enfermarias especializadas em hospitais gerais oferecem, segundo a mesma portaria, “tratamento hospitalar para casos graves relacionados a transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em especial de abstinência e intoxicações severas” (Brasil, 2011). O cuidado ofertado no âmbito da enfermaria especializada em Hospital Geral deve se dar na forma de um tratamento de curta duração, até a estabilida-

de clínica.

Já os serviços hospitalares de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas oferecem suporte hospitalar através do acolhimento em regime de curtíssima ou curta permanência, respeitando as determinações da Lei n.º 10.216/2001.

A Portaria n.º 148, de 2012, do Ministério da Saúde, é a que define as normas de funcionamento e habilitação desses serviços hospitalares. Em seus termos, explicita as atividades a serem ali desenvolvidas, a saber:

I - avaliação clínica e psicossocial realizada por equipe multiprofissional, devendo ser considerado o estado clínico/psíquico do paciente; II - abordagem familiar, incluídas orientações sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento em outros pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial; e III - articulação com outros pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para construção do Projeto Terapêutico Singular (Brasil, 2012, art. 4º, I, II, III).

A Portaria do Ministério da Saúde n.º 953, de 2012, explicita os procedimentos que estão incluídos na diária de saúde mental em serviços hospitalares, sendo os principais ali definidos: tratamento clínico em saúde mental em situação de risco elevado de suicídio, tratamento clínico para contenção de comportamento desorganizado e/ou disruptivo, tratamento clínico para avaliação diagnóstica de transtornos mentais e adequação terapêutica, incluindo necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas, tratamentos clínicos de transtornos mentais e comportamentais devido ao

uso de álcool, tratamentos clínicos de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de crack, tratamento clínico de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso das demais drogas e/ou outras substâncias psicoativas.

Ao contrário do que acontece na regulamentação da atenção secundária – onde está especificado que os CAPS são serviços voltados ao cuidado às pessoas com transtornos graves e persistentes – não há, nas duas portarias que regulamentam os serviços hospitalares de referência em saúde mental, menção alguma a uma tipificação de transtornos alvos do cuidado na atenção terciária. Isso porque, por se tratarem de serviços hospitalares, subentende-se que os processos de saúde-adoecimento-cuidado ali presentes são aqueles que exigem procedimentos de alta complexidade, independentemente de diagnósticos clínicos.

Dessa maneira, embora não seja possível identificar um público específico para os serviços hospitalares, é presumível que as condições de adoecimento ali direcionadas são aquelas que exigem tecnologias duras de cuidado, incluídas aí as internações e as intervenções em crise. Nesse caso, ficam excluídos do cenário da atenção hospitalar – assim como dos serviços de atenção à urgência e emergência – os TMC em suas manifestações cotidianas.

Deve-se lembrar que os TMC envolvem sintomas difusos, que têm intensidade suficiente para interferir nas atividades do sujeito, mas que não cumprem os critérios necessários para um diagnóstico formal (Goldberg; Huxley, 1992). Essas características fazem com que os TMC se configurem

como quadros que exigem uma atenção longitudinal. No entanto, deve-se reconhecer que pessoas com quadros de TMC podem também requerer cuidados no nível terciário de atenção, na medida em que todos estão sujeitos à irrupção de uma sintomatologia aguda de mais alta complexidade. Portanto, a atenção terciária pode se configurar, em certas situações, como lugar de cuidado para o público aqui analisado. Assim, como afirmando anteriormente, garante-se que qualquer pessoa tem direito a circular pelos pontos de atenção dos diversos níveis, de acordo com suas necessidades.

A atenção primária na RAPS e os TMC

O nível primário de atenção em saúde é a principal porta de entrada de uma Rede de Atenção, constituindo-se também como o lugar de coordenação de cuidado e de ordenação das ações e serviços disponibilizados na rede (Brasil, 2017). A Portaria n.º 2.436, de 2017, do Ministério da Saúde, aprova a atualização da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) que, em seu artigo 2º, define:

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (Brasil, 2017, art. 2º).

É importante ressaltar, assim como sinaliza Mendes (2011), que os componentes da atenção primária são comuns a todas as

redes temáticas, ou seja, são serviços e ações que não são exclusivos de uma determinada rede. Os principais pontos de atenção desse nível – no que diz respeito à RAPS – são as Unidades Básicas de Saúde, as equipes de atenção básica para populações específicas e os Centros de Convivência.

A já citada Portaria n.º 3.088, de 2011, do Ministério da Saúde, define que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) têm como responsabilidade, na RAPS, “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” (Brasil, 2011). Sobre as equipes de atenção básica para populações específicas, a mesma portaria destaca o Consultório na Rua – que atua de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para pessoas em situação de rua – e as equipes de apoio à Atenção Residencial de caráter Transitório. Por fim, acerca dos Centros de Convivência, a portaria define como uma unidade pública “onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade”. Por opção didática, a discussão vai englobar todos esses serviços em conjunto, pensando nas atribuições e responsabilidades das equipes de atenção básica de maneira geral.

Os pontos de atenção primária têm sido concebidos, tanto ao nível das políticas públicas quanto ao nível dos debates acadêmicos da área, como um espaço de acolhida e resolutividade de questões de saúde mental. Devido à proximidade que esses pontos têm com as famílias e comunidades,

estima-se que a atenção primária constitua um espaço onde uma grande parte das pessoas com transtornos mentais leves estão sendo atendidas (Brasil, 2004). Jansen *et. al.*, (2019) realizaram uma pesquisa transversal com o objetivo de verificar a prevalência de TMC e sua associação com a qualidade de vida entre jovens e constataram, nesse estudo, a necessidade de uma atenção básica mais capacitada para o rastreio e prevenção dos quadros de TMC. Segundo os autores, as políticas públicas de saúde dão prioridade ao rastreio dos transtornos mentais graves, mas os TMC têm alta prevalência na população e trazem prejuízos significativos para a qualidade de vida.

É justamente por isso que Figueiredo e Onocko (2009) defendem que o avanço da Reforma Psiquiátrica depende de uma inserção mais efetiva da saúde mental na atenção primária. Vale ainda ressaltar que os TMC são marcados, entre outras coisas, por sintomas somáticos inespecíficos e os serviços de atenção primária constituem a principal porta de entrada para queixas relacionadas a estes sintomas. Ademais, é importante considerar que os TMC estão relacionados às condições de vida em comunidade, conforme indicam Goldberg e Huxley (1992).

Para enfatizar esse aspecto, vale citar a pesquisa de Santos *et al* (2019), que identificaram uma prevalência de TMC significativamente maior nos seguintes grupos socio-demográficos: mulheres, pessoas com mais de 60 anos, praticantes de umbanda/candomblé e evangélicos, viúvos, pessoas que não frequentaram a escola, desempregados e pessoas com rendas mais baixas.

Associar a prevalência dos TMC com condições de vida e de existência aponta para a necessidade de considerar a importância de ações de promoção de saúde no planejamento do cuidado em relação a esses casos. Promoção de saúde constitui um princípio da atenção primária, sendo caracterizada pela extensão do olhar para o território e o perfil das pessoas. Nos termos da Política Nacional de Atenção Básica, a promoção de saúde considera:

a determinação social dos processos saúde-doença para o planejamento das intervenções da equipe [...]. A partir do respeito à autonomia dos usuários, é possível estimular formas de andar a vida e comportamentos com prazer que permaneçam dentro de certos limites sensíveis entre a saúde e a doença, o saudável e o prejudicial, que sejam singulares e viáveis para cada pessoa. Ainda, numa acepção mais ampla, é possível estimular a transformação das condições de vida e saúde de indivíduos e coletivos, através de estratégias transversais que estimulem a aquisição de novas atitudes entre as pessoas, favorecendo mudanças para modos de vida mais saudáveis e sustentáveis (Brasil, 2017, Cap.I).

A fim de reforçar a importância da atenção primária no cuidado a pessoas com TMC, deve ser ressaltado aqui o estudo de Campos e Nascimento (2007), no qual há a constatação de que grande parte dos usuários do SUS que chegam aos serviços especializados em saúde mental – como os CAPS – não consegue ter suas necessidades em saúde supridas pelas tecnologias ali desenvolvidas. Para os autores, as tecnologias leves de cuidado – envolvendo a mobilização e articulação de recursos institucionais, comunitários, individuais, materiais e subjetivos com o usuário e rede social – são determinantes para um efetivo enfrentamento das

queixas em saúde mental.

O reconhecimento da Atenção Primária como lugar fundamental de cuidado a pessoas com TMC na RAPS não se faz sem questionamentos importantes. Não deve ser ignorado o fato de que existem dificuldades, por parte de equipes de atenção básica, a lidar diretamente com casos que envolvam sofrimento psíquico. Assim, apesar da compreensão da determinação social nos processos de adoecimento, é possível identificar práticas não condizentes nos serviços de saúde de atenção primária. Ao realizar uma revisão integrativa de artigos publicados entre os anos de 2017 e 2022 sobre a RAPS e seu funcionamento como rede, Pereira (2022) constatou que a Atenção Primária, no que tange a seu papel na RAPS, acaba recaindo em fluxos de cuidado especializados. A autora aponta para a permanência de uma lógica medicalizante e centrada no modelo biomédico. Se assim o é, torna-se difícil conceber estratégias de promoção de saúde, prevalecendo práticas curativistas que, por sua vez, não são as mais adequadas para o enfrentamento dos TMC.

Conforme Dimenstein, Lima e Macedo (2013), muitas dessas dificuldades estão relacionadas com problemas na organização dos processos de trabalho e na articulação de redes de cuidado e de responsabilização. Para os autores, o apoio matricial ou matriciamento representa uma estratégia bastante frutífera para lidar com esse problema, sendo entendido como “um suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe de saúde com a finalidade de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações” (Dimenstein; Lima; Macedo, 2013, p.48). Entre os instru-

mentos que podem ser utilizados para concretizar essa proposta, destacam-se a elaboração do Projeto Terapêutico Singular, a consulta conjunta (envolvendo equipe de atenção básica e equipe especializada), a visita domiciliar conjunta, entre outros. Não é o objetivo deste artigo se aprofundar nas especificidades do matriciamento, sendo suficiente apontar que a utilização dos instrumentos acima citados fortalece a resolutividade da atenção primária em torno de adoecimentos psíquicos que configuram os casos de TMC.

Reforça-se, por fim, a constatação de que o nível primário de atenção à saúde representa um lugar privilegiado de cuidado para pessoas em sofrimento mental com quadros dos chamados TMC, mas não de exclusividade, conforme sinalizado nas seções anteriores. Quando se considera que a atenção primária coordena e ordena a rede, chega-se à conclusão de que uma de suas atribuições é organizar o itinerário de cuidado dos usuários dessa rede, identificando as demandas por ações especializadas ou de alta complexidade, fazendo as devidas articulações e mantendo-se como responsável pelos processos de produção de saúde.

CONCLUSÃO

Constata-se a necessidade de discussões mais amplas sobre os TMC nas políticas públicas de saúde, explicitando a associação entre sua sintomatologia difusa e as condições de vida e de existência em comunidade. Desse modo, são muitos os desafios relacionados à compreensão do lugar de cuidado para com esses quadros, destacando-se a

necessidade de conceber estratégias de promoção de saúde que sejam mais efetivas no enfrentamento dessas experiências de adoecimento. Nesse ponto, vale salientar que o nível primário de atenção representa um lugar privilegiado de cuidado.

Poderia ser apontada como uma limitação desta pesquisa o número reduzido de leis e portarias voltados para o cuidado integral de pessoas com TCM. No entanto, é importante lembrar que o termo Transtornos Metais Comuns (TMC) pode ser referido por outras denominações nessas regulamentações, como transtornos leves ou sofrimento psíquico. Assim, mais do que a necessidade de formular mais leis e portarias, entende-se que é fundamental discutir a regulamentação já existente de forma mais extensiva com as equipes que compõem os mais distintos níveis de atenção, proporcionando uma melhor compreensão acerca das especificidades da cada forma de adoecimento. Entende-se que este é o caminho para que as práticas de cuidado sejam mais efetivas e fortaleçam movimentos antimanicomiais nas políticas públicas de saúde no Brasil.



REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BRASIL. Lei n.º 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. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 2, 9 abr. 2001.

BRASIL. Portaria n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre modalidades, organização e funcionamento do CAPS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília. DF, p. 22, 20 fev. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, n. 247, Brasília, DF, p. 230-232. 26 dez. 2011.

BRASIL. Portaria n.º 148, de 31 de janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. **Diário Oficial da União**: seção 1, n. 23, Brasília. DF, p. 33, 01 fev. 2012.

BRASIL. Portaria n.º 953, de 12 de setembro de 2012a. Inclui na Tabela do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) os Serviços Hospitalares de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, n. 178, Brasília, DF, p. 147, 13 set. 2012.

BRASIL. Portaria n.º 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**: seção 1, n.183, Brasília, DF, p. 68, 22 set. 2017.

BRASIL. Portaria n.º 3.588, de 21 de dezembro de 2017a. Altera as Portarias de Consolidação n.º 3 e n.º 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, n. 245, Brasília, DF, p. 236, 21 dez. 2017a.

CAMPOS, F.C.B.; NASCIMENTO, S.P.S. O apoio matricial: reciclando a saúde mental na atenção básica. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro, vol. 8, n. 24, p. 67-79, 2007.

CHIAVERINI, D. H. (org.) **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, Ministério da Saúde: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

DADALT, A. M., ROSA, A. B. da, MEGIER, E. R., BASSO, N., WEILLER, T. H. Estratégias de coordenação do cuidado da atenção primária à saúde nas redes de atenção à saúde: um estudo de revisão. **Revista do Centro Universitário FAI – UCEFF**, Itapiranga, v. 2, n. 1, p. 1-23, 2023. Disponível em: <https://revistas.uceff.edu.br/reviva/article/view/92/328>. Acesso em: 02 jul. 2023.

DIMENSTEIN, M., LIMA, A. I., MACEDO, J.P Integralidade em saúde mental: coordenação e continuidade de cuidados na Atenção Primária. *In*: PAULON, S., NEVES, R. **Saúde Mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado**. Porto Alegre: Sulina, 2013, p. 39-59.

ERCOLE, F. F., MELO, L. S. de, ALCOFORADO, C. L. G. C. Revisão integrativa versus revisão sistemática. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 18, n.1, p. 9-11, 2014.

FERRAZZA, D. de A.; ROCHA, L. C. da; LUZIO, C. A. Medicalização em um serviço público de saúde mental: um estudo sobre a prescrição de psicofármacos. **Gerais Revista Interinstitucional de Psicologia**, Belo Horizonte, v. 6, n. 2, p. 255-265, jul. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202013000200008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 18 fev. 2023.

FIGUEIREDO, M. D.; ONOCKO, R.C. Saúde mental da atenção básica: uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.1, n. 2, p. 112-131, 2009.

FONSECA, M. L. G. **Sofrimento difuso, transtornos mentais comuns e problema de nervos: uma revisão bibliográfica a respeito das expressões de mal-estar nas classes populares**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ. Rio de Janeiro, p. 153. 2007.

GOLDBERG D., HUXLEY P. **Common Mental Disorders: a bio-social model**. London: Routledge, 1992.

JANSEN, K. MONDIM, T. C., ORES, L. C., SOUZA, L. D. de M., KONRADT. C. E. PINHEIRO, R. T., SILVA, R. A. Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 440-448, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/FC9bFMmLXx7nLP5fY88vrnr/?format-pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 jul. 2023.

LIMA, D. K. R. R., GUIMARÃES, J. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 1-20, 2019. Acesso em: 23 jul. 2023.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MOREIRA, D. de J., BOSI, M. L. M. Qualidade do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial: experiências de usuários no Nordeste do Brasil. **Physis: Revista de Saúde**

Coletiva, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 1-22, 2019. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/physis/a/mjgwj7Y7jH43BQBXPXGctYrb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 jul. 2023.

PEREIRA, J. C. S. **Como se dá a ordenação do cuidado das pessoas com sofrimento e/ou transtorno mental na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS):** a partir de uma revisão integrativa. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão em Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2022.

QUINDERÉ, P. H. D., JORGE, M. S. B., FRANCO, T. B. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 253-271, 2014. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/physis/a/7zsMFLdhyQZJF7GmtPBTj6s/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 17 jul. 2023.

SAMPAIO, M. L., BISPO JÚNIOR, J. P. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, p. 1-16, 2021. Disponível em
<https://www.scielo.org/pdf/csp/v37n3/1678-4464-csp-37-03-e00042620.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2023.

SÃO PAULO. Secretaria de Saúde do Estado. **O Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira (Caps)**. Projeto de Implantação. São Paulo: SES/SP, 1982.

SANTOS, G. de B. V., ALVES, M. C. G., GOULDBAUM, M., CESAR, C. L. G., GIANINI, R. J. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em moradores da área urbana de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, p. 1-10, 2021. Disponível em
<https://www.scielo.br/j/csp/a/B4xZbzc6ZLt5ghtsdXJq9gf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 jul. 2023.

