

SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: TECNOLOGIAS E (DES)ENCONTROS

Jamile dos Santos Andrade

Enfermeira especialista em saúde mental e Atenção Psicossocial (IPUB/UFRJ); Especialista em Enfermagem Clínica (UERJ) e Residente do Programa de Enfermagem de Família e Comunidades da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. E-mail: enf.andrade.jamile@gmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-7879-2138>

Sharllene Lívian Dias da Silva

Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz), Enfermeira sanitarista (EEAN/UFRJ), especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (IPUB/UFRJ), Especialista em Direitos Humanos e Saúde (ENSP/Fiocruz). E-mail: sharllesilva90@gmail.com / ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-5427-8384>

INTRODUÇÃO

O direito à saúde foi garantido na Constituição Brasileira de 1988 como um direito de todos e dever do Estado. Assim, o Sistema Único de Saúde brasileiro foi regulamentado pelas Leis 8080/90 e 8.142/90, que determinam as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a participação social e as transferências de recursos, respectivamente. A Atenção Primária à Saúde (APS) trata-se do primeiro nível de atenção em saúde, a porta de entrada preferencial do SUS (Conill, 2008).

Barbara Starfield, circunscreveu a APS em atributos essenciais, como acesso de primeiro contato; a longitudinalidade; a integralidade e a coordenação do cuidado. Além desses, a autora também elencou atributos derivados: a orientação familiar, a orientação comunitária e a competência cultural (Starfield, 2002). Os serviços de base territorial são apontados como o eixo estruturante da reforma psiquiátrica brasileira, que aponta a necessidade de integração dos usuários nos territórios, indo de encontro ao que se propõe a APS, rompendo com modelos asilares de assistência em saúde mental, historicamente instituídos. Desse modo, é objetivo de a assistência em saúde mental reinserir nos territórios de vida pessoas com questões psíquicas (Brasil, 2001; Amarante, 2007).

A Organização Pan-Americana da Saúde revela que as taxas de prevalência de transtorno depressivo maior e transtorno de ansiedade aumentaram 35% e 32%, respectivamente e as taxas de suicídio aumentaram em 17% nas Américas (OPAS, 2025). Os dados trazem que alguns grupos foram mais afetados como profissionais de saúde, tendo alta incidência de depressão e ideação suicida durante a pandemia. Grupos já vulnerabilizados como, mulheres, jovens, indivíduos com problemas de saúde mental preexistentes, minorias étnicas e pessoas em situações de outras vulnerabilidades,

também foram muito afetados no que tange a saúde mental. Há uma demanda por esta Organização para que todos os seus países-membros realizem maior investimento nesta pauta. Reconhece-se que em diversas nações:

falta acesso a serviços de qualidade para tratar problemas de saúde mental. Além disso, esses serviços não recebem o financiamento necessário; os gastos públicos em saúde mental representam apenas cerca de 3% do orçamento da saúde (OPAS, 2025, n/p).

O Atlas da Violência do ano de 2025, aponta que pessoas negras têm maior risco de interrupção prematura e violenta da vida comparada a pessoas brancas, sendo, portanto, mais atravessadas pela violência de todas as formas. Em 2023, mais de 68% dos feminicídios brasileiros foram contra mulheres negras. A pesquisa *Nascer no Brasil II* (2023), aponta que mulheres negras são as que tem menor acesso a analgesia em trabalho de parto comparado a mulheres brancas; menor número de consultas de pré-natal e são as que mais morrem, mesmo quando há maior grau de instrução.

Por outro lado, é a população negra quem lidera os índices de analfabetismo, evasão escolar, privação de liberdade, desemprego, subempregos, estar em situação de rua. Será falta de ambição e vontade do negro de alcançar uma melhor condição social, tal qual a ideia da meritocracia tenta emplacar? Cida Bento (2002), vai apontar que o branco sempre teve direito a cotas de 100% nos espaços de prestígio e poder, expressos no pacto da branquitude, que se mantem nas entrelinhas, de modo silencioso, mas firme: fazendo uso dos privilégios de não ter sua humanidade e seus direitos postos em questão, mas fazendo questão deles o suficiente para não entrar em questionamentos que possam amenizar seus privilégios, como por exemplo: o acesso a educação, principalmente no nível superior.

O racismo é um impossibilitador de um estado pleno de saúde mental e até de saúde física, pois as pessoas negras são sistematicamente negligenciadas, o que é de se esperar, quando os cargos de poder de tomada de decisão política, estratégica e operacional são ocupados em sua maioria por pessoas brancas. Daí a importância das ações afirmativas, para que a representatividade coloque na mesa as discussões que o pacto da branquitude não vai trazer a pauta.

Lelia Gonzalez (1982), aponta que o negro sempre teve um lugar demarcado historicamente, por ter sido violentado no seu direito de existir, mas igualmente, sempre foi resistência e quilombamento, principalmente das mulheres negras.

Vulnerabilidades e exposição a violência, de todos os tipos, são fatores de risco a saúde mental e a APS lida com essa relação constante, pois está inserida nos territórios, imersa em sua dinamicidade, conforme expresso na Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017).

Gomes e Borgert (2025) destacam que a depressão, ansiedade e distúrbios do sono, podem se apresentar como comorbidades de outras enfermidades, consequentemente, aumentando os custos com saúde da população, sendo necessário o acompanhamento de usuários de risco com intervenções preventivas. O estudo aponta ainda que houve um aumento de gastos de 22% com medicações ansiolíticas.

Uma pesquisa realizada em com 525 usuários em unidades básicas no Rio Grande do Sul, apontou uma prevalência de 12% de transtornos mentais com 74% de prevalência de depressão (Häfele; Nobre; Siqueira, 2023). A despeito da mudança de paradigma em

saúde mental, garantido pela Lei 10.216/2011 em 2018, na cidade do Rio de Janeiro, ainda existiam 811 leitos disponíveis para internação psiquiátrica e 379 ainda representavam internações de longa permanência em hospitais psiquiátricos (mais de um ano de internação). Dos demais leitos, 378 estavam localizados em hospitais psiquiátricos; e somente 54 leitos eram em enfermarias de saúde mental em hospitais gerais. (Echebarrena; Silva, 2020). De modo que se pode perceber a complexidade da promoção de cuidados em saúde mental de base territorial ordenados pela APS.

A Atenção Básica é caracterizada como porta de entrada preferencial do SUS, possui um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas e cumpre papel estratégico na rede de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade. Para tanto, é necessário que a Atenção Básica tenha alta resolutividade, com capacidade clínica e de cuidado e incorporação de tecnologias leves, leve duras e duras (diagnósticas e terapêuticas), além da articulação da Atenção Básica com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (Brasil, 2017).

Para Merhy e Franco (2008), todo trabalhador possui uma caixa de ferramentas para a operacionalização de seu trabalho. Nesta caixa, há ferramentas que podem ser “ferramentas-máquinas (como a seringa), seus conhecimentos e saberes tecnológicos (o seu saber-fazer clínico) e suas relações com todos os outros (como os atos de fala) que participam da produção e consumo do seu trabalho” (p.430, 2008).

Este manuscrito trata-se do Trabalho de Conclusão de Residência de uma das autoras, pelo Programa de Residência de Enfermagem de Família e Comunidades da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Utilizou-se do Relato de Experiência acerca do cuidado em saúde mental na APS. Sendo, portanto, um estudo de abordagem qualitativa.

Ao considerar que só se realizam serviços de saúde através de cooperação mútua, com valorização tanto de usuários quanto de profissionais, vale destacar a trajetória profissional da pesquisadora por se tratar de um lugar de corpo que direciona perspectivas. Especializada em Saúde Mental pelo Instituto de Psiquiatria da UFRJ em 2020, com forte paradigma de desinstitucionalização e sustentação da Reforma Psiquiátrica na Rede de Atenção Psicossocial. Logo, a vivência como enfermeira de equipe saúde da família carrega consigo olhares do campo da atenção psicossocial.

Em todos os dispositivos da saúde mental busca-se uma integração com a Atenção Primária à Saúde, porém essa articulação não é orgânica, pois os serviços e seus profissionais possuem dificuldade em se localizar no cuidado de pessoas com sofrimento psíquico, reduzindo este cuidado a dupla de psicólogo e psiquiatra, esse último sendo utilizado como sinônimo de medicalização.

Assim a Rede de Atenção Psicossocial, tem grande investimento no matriciamento com as equipes de atenção primária. Esse movimento é uma inversão do atributo de coordenação de cuidado, pois a APS quem deveria apresentar ao usuário a Atenção Psicossocial e na prática, o que se vê é uma grande resistência a esse direcionamento. Com o isolamento social e o terror sanitário impostos pela pandemia de COVID-19, houve um aumento da procura por cuidados em saúde mental, colocando em pauta a discussão de forma mais urgente.

Contudo, ao vivenciar a APS como enfermeira de equipe, a autora percebe que há um desinteresse e/ou resistência ao cuidado em saúde mental. Os motivos são diversos, mas destaca-se o despreparo técnico e/ou psíquico dos profissionais, somado à grande diversidade de atribuições e responsabilidades incorporadas à APS. Observam-se

profissionais indispostos para lidarem com demandas relacionadas à saúde mental, como ansiedade, depressão, ideação suicida, violência e uso prejudicial de substâncias, por exemplo. São atendimentos que necessitam de tempo e técnica para construção de vínculos com os sujeitos e a resposta terapêutica não é imediata, pois requer tempo. Esta dinâmica de cuidado à saúde mental conflita diretamente com o fluxo das demandas cotidianas na APS. Também são demandas que requerem uma ampliação de rede e um trabalho compartilhado como norteador (Gazignato; Silva, 2014). Esse é um cuidado ao qual não é possível se realizar nas certezas dos protocolos, pois para cada usuário há que se descobrir/construir um caminho para o cuidado. Por esses desencontros, aponta-se como questão norteadora: quais cuidados em saúde mental tem sido operacionalizados na APS?

Deste modo, o estudo mostra-se relevante pois possibilita discutir o cuidado em saúde mental no campo da Saúde Pública à medida que busca reconhecer as tecnologias de cuidados empregadas na APS para pessoas em sofrimento psíquico a partir da pandemia de COVID-19. Mostra-se relevante ao enfermeiro de família o fortalecimento de uma perspectiva de trabalho psicossocial, que coloca a doença em segundo plano para olhar para o sujeito, reconhecendo tecnologias leves como grande ferramenta de trabalho em saúde mental, alinhando-se a Reforma Psiquiátrica com a qual a enfermagem tem uma dívida histórica.

OBJETIVOS

1. Produzir um relato de experiência como enfermeira residente na Atenção Primária à Saúde (APS) à luz do conceito de Emerson Merhy sobre tecnologias de cuidado;
2. Refletir sobre modos de cuidar em saúde mental na Atenção Primária e a micropolítica do trabalho como instrumentos de fortalecimento da APS.

METODOLOGIA

Pesquisa de abordagem qualitativa de caráter descritivo, para a qual se subsidiou da pesquisa bibliográfica, a fim de desenvolver a discussão considerando o que a literatura aponta sobre cuidados de saúde mental na APS.

Minayo (2001) aponta que a pesquisa qualitativa busca uma compreensão mais profundo de relações, processos e fenômenos, que pela sua própria natureza não poderiam ser simplificados a operações estatísticas.

Estudo qualitativo, baseado em relato de experiência, que “são metodologias de observação sistemática das ações, com um olhar crítico que permite refletir sobre o vivenciado e as bases teóricas pertinentes, sem a perspectiva de gerar hipóteses” (Alves, 2015, p. 83). Utilizou-se da técnica do diário de campo, onde as informações foram registradas, durante o período da residência.

O diário se apresenta, há muito, como uma ponte que estabelece diversas conexões entre teoria-prática/academia-campo de estágio/supervisão, evidenciando subsídios para a intervenção crítica do real e a orientação da ação profissional. O diário pode tornar-se um instrumento flexível e ágil capaz de permitir uma

problematização mais modernizada e dinâmica da ação profissional, conduzindo a uma investigação também mais pertinente sobre o cotidiano e as questões que nele se apresentam (Lewgoy; Arruda, 2003, p. 6).

Foram sistematizadas reflexões a partir do registro de campo de vivências ocorridas durante a residência de enfermagem de família e comunidades no período de março de 2024 a outubro de 2025. Circunscreve-se a experiência em uma unidade de Atenção Primária, localizada na Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro, território em que as Unidades Básicas de Saúde são nomeadas de Clínica da Família.

Cenário de vivências

Esta clínica possui quatro equipes de saúde. Entre as equipes, três atendem uma grande comunidade, com inúmeras vulnerabilidades sociais como falta de saneamento básico, dispositivos públicos de cultura e lazer e educação. Este serviço, também possui uma equipe cujo território adscrito fora da comunidade, abarca um perfil sanitário diferente das demais. A infraestrutura da unidade é limitada, pois é uma construção antiga. A unidade de saúde possui 6 consultórios: um para cada equipe, um consultório improvisado para Equipe Multiprofissional (E-multi) e um consultório volante. Ao todo são seis residentes de enfermagem de família. O espaço destinado ao Agentes Comunitários de Saúde (ACS), tornou-se a única sala coletiva para registros administrativos. A unidade não conta com sala para atividades coletivas. Os grupos são realizados na área externa, que apesar de ser coberta, torna-se impossibilitada para o uso em períodos de chuva.

Esta unidade utiliza o chamado “Acesso Avançado” é um modelo de acolhimento, que está sendo implantando em algumas UBS do Brasil, como forma de ampliar o acesso, a vinculação e resolutividade da APS. Neste modelo, busca-se atender a todos usuários que procuram o serviço no mesmo dia ou em até 48 horas (Ferreira; Vinagre; Armond, 2021). Muitas questões devem ser avaliadas na implantação do Acesso Avançado, como a estrutura física, população de abrangência, capacitação dos profissionais e a pertinência do mesmo em unidades campo para Residências em Saúde e protocolos que ampliem o escopo de resolutividade dos enfermeiros para que seja possível desburocratizar e ampliar o acesso (Santos; Fracoli, 2023). Não foram identificados trabalhos relativos à ampliação deste modelo de acesso à saúde no município do Rio de Janeiro, trazendo a importância do relato desta realidade.

A equipe de saúde a que se destinará este relato de experiência, possui aproximadamente 3000 usuários cadastrados, divididos em seis microáreas em que duas dessas equipes apresentam maior vulnerabilidade social, com maior presença de atores sociais armados e comércio de substâncias ilícitas. É uma equipe completa, que conta ainda com duas residentes de enfermagem e um médico do “Programa Mais Médico” e equipe de saúde bucal. Doenças crônicas não transmissíveis, gravidezes não planejadas, arboviroses, doenças respiratórias e questões de saúde mental são as demandas mais observadas entre a população atendida neste território.

Fora da comunidade, o território dispõe de um CAPS vinculado a uma universidade pública, localizada no mesmo bairro. Possui ainda um CAPSad e um CAPSi de modalidade II, portanto, não dispõe de nenhum serviço de acolhimento intensivo à crise em saúde mental, o que se apresenta como um ponto de fragilidade para população assistida. O território possui uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), um Centro

Referência de Assistência Social (CRAS) e um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS).

A região possui apenas uma creche pública e uma comunitária, três escolas de ensino fundamental e uma Vila Olímpica. A coleta de lixo é irregular e possui vários pontos de acúmulo do mesmo. Uma unidade de ecoponto foi instalada na entrada da comunidade, as vésperas do período eletotal, porém com pouco uso dos moradores com dificuldades de locomoção ou mesmo os que moram na parte mais alta do morro.

Dentro da comunidade há uma Unidade de Polícia Pacificadora (UPP) que coexiste com comandos do poder paralelo, quase lado a lado, até geograficamente. A venda e consumo de substâncias ilícitas sofrem influências diretas da organização paralela que está em domínio neste território. Mas atravessando o funcionamento pleno da unidade, pois em diversos momentos foi necessário suspender atividades externas, como visitas domiciliares e nos momentos de maior criticidade, sendo necessário fechar a mesma, devido a intensos tiroteios muito próximos à unidade de saúde. Deste modo, impossibilitando o acesso à saúde. Neste período muitos pacientes também perderam consultas com especialistas que aguardavam há meses e ambulâncias não conseguiram chegar ao local necessário pela insegurança territorial.

Valises teóricas: Micropolítica do Trabalho Vivo e Tecnologias de Cuidado em Emerson Merhy

Merhy (1997) apresenta que apesar de importantes, os arcabouços legais que sustentam as mudanças no modo de produzir saúde no Brasil, são bem insuficientes, sem a ação dos trabalhadores e usuários em coletivo, direcionando as intervenções de saúde para as necessidades de seus usuários.

Destaca-se ainda que o encontro entre profissional de saúde e usuário, coloca em questão múltiplas facetas intercessoras entre o que se oferta e se procura e é nesse encontro que opera o trabalho vivo em ato, ainda que o produto final de cuidado à saúde seja consumido à medida que produzido. Esse encontro por si já é repleto de complexidades, mas ao propor mudanças de condutas, é necessário reconhecer os muitos atravessamentos, que se expressam, ainda que silenciosamente. Deste modo, analisar o como se opera os processos de trabalho em saúde, possibilitam sua criatividade e vitalidade. Nessa análise, os trabalhadores decidem onde investir, modificar, manter e até não fazer, podendo fazer um contraponto ao modelo capitalista de produção da saúde.

Reforça-se que todo trabalhador dispõe de uma caixa de ferramentas, com diferentes tecnologias. As tecnologias ditas leves, são de caráter relacional, pois colocam efeitos positivos ou negativos no encontro entre os múltiplos sujeitos do processo de produção de cuidado: trabalhadores e usuários, individuais e coletivos. Já as tecnologias duras, se circunscrevem nos instrumentos/objetos, porque já estão estruturadas para elaborar certos produtos da saúde. No encontro do saber profissional com o uso do instrumento, estão as tecnologias leve-duras: identificamos uma parte dura (estruturada e outra leve, que diz respeito ao modo singular como cada profissional aplica seu conhecimento para produzir o cuidado).

Propõe-se uma inversão tecnológica em que o trabalho vivo que comande o trabalho morto e o coloque no devido lugar: de apoio e não de centralidade, pois o centro das relações na saúde, devem ser as necessidades dos usuários (Merhy; Franco, 2003). Assim, a abertura da caixa de ferramentas de tecnologias no trabalho vivo em ato e

a importância de se incorporar os interrogadores dos espaços intercessores que se constituem entre o trabalhador em saúde e o usuário (que portam processos instituintes distintos sob a forma de diferentes necessidades na construção de seus espaços), sob uma ótica analisadora pautada pela ética do compromisso com a vida e expressas em ato nas dimensões assistenciais do trabalho vivo em saúde, como a relação de acolhimento, a criação do vínculo, a produção da resolutividade e a criação de maiores graus de autonomia, no modo das pessoas andarem a vida (Merhy, 1997, p. 28)

Deste modo, a micropolítica do trabalho vivo em ato apresenta-se como uma linha de fuga não do trabalho morto, que ocasionalmente o serve ao trabalho vivo. Mas do trabalho que mortifica e paralisa, fazendo questionar a estruturação do próprio sistema.

PERCURSO E ANÁLISE REFLEXIVA

As vivências tomadas a reflexão, ocorreram durante o período de residência de Enfermagem de Família e Comunidades, por meio de atendimento às demandas espontâneas e programadas; interconsultas; grupos de saúde mental; as discussões de caso em matriciamento e em reuniões de equipe; visitas domiciliares, articulação de rede e realização do Programa Saúde na Escola. Somente alguns recortes aparecerão nesta escrita, porém todas elas foram importantes para sua constituição.

Itinerários terapêuticos de uma usuária

Para ilustrar a potencialidade do acompanhamento em saúde mental na APS, registro aqui recortes do caso de uma usuária de 63 anos que chamaremos de Renata, a fim de manter seu anonimato.

Renata é uma mulher cis, parda, natural do interior de fortaleza, morando no Rio de Janeiro há mais de 40 anos. Veio para a cidade ainda criança trabalhar em “casa de família”. Viveu muitas violações de direitos desde criança. Não teve acesso à educação e a insegurança alimentar sempre a acompanhou. Trabalhava feito gente grande a despeito de ser criança. Não lembra de nenhuma brincadeira. Primeiro foi na roça, depois na casa dos outros: sempre trabalhou.

Engravidou do primeiro namorado que, após irem morar juntos, com frequência a agredia fisicamente. Com a gravidez, foi dispensada dos trabalhos, saindo sem nenhuma garantia de seus direitos. Com a violência e o abandono do pai do bebê, Renata costumava ir para praia, local onde as pessoas ajudavam com alguma refeição. Uma senhora quis ficar com seu bebê e Renata acreditou ser o melhor, já que ela não conseguia lhe prover nada naquele momento e com isso, nunca mais viu seu filho.

A usuária chega para atendimento com queixa de insônia e “bolo na garganta”. Aparentemente angustiada, tremendo. Relata que não tem ninguém e não aguenta mais

viver com o marido atual com o qual em nada pode contar, apesar de já estarem juntos há mais de 30 anos. Acolho um pouco da sua história, valido seus sentimentos, permitindo espaço para suas emoções. Realizo o exame físico e checo seus exames anteriores. Indico um chá de erva doce, já que ela relatou ter plantado em casa agendo o retorno. No segundo encontro, o acolhimento de Renata foi realizado fora do consultório. Na área externa da unidade, é possível apreciar a vista do parque. Renata conta que a vida na roça era dura, mas na cidade também não foi o que pensava.

Relata que conseguiu dormir as últimas noites, que não está mais sentindo com tanta frequência o “bolo na garganta”. Relata também que deseja se separar, pois já está vivendo sozinha há anos. Conta que está aprendendo a ler em uma igreja que faz alfabetização de adultos e que para ela é uma alegria muito grande ter essa possibilidade. Caminha um percurso de quase 5km duas vezes na semana para ir às aulas, porém com frequência irregular, pois o clima territorial estava com muita instabilidade e tiroteios frequentes. Após o acolhimento, foi indicado a auriculoterapia com seguimento semanal e convido-a para o Grupo Bem Viver.

A auriculoterapia é uma das Práticas Integrativas e Complementares mais utilizadas desde a instituição da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares pelo Ministério da Saúde em 2006. É uma estratégia terapêutica ampliada dentro do escopo da carteira de serviços do município do Rio de Janeiro, já estando disponível em mais de 70% das unidades. (SMS-Rio, 2024).

A Auriculoterapia é uma técnica terapêutica que envolve a estimulação de pontos específicos na orelha que correspondem a regiões e órgãos do corpo humano. Essa estimulação visa modular as respostas fisiológicas do organismo e foi oficialmente reconhecida pela Organização Mundial de Saúde como uma terapia de microssistemas (SMS-RJ, 2024, p.6).

Usuária compareceu e no grupo abriu mais um pouco sobre sua história de vida. Fala da tristeza de não estar conseguindo ir às aulas. Outra usuária contou que seu primo dá aulas diariamente na Vila Olímpica e que Renata poderia participar. No mesmo dia, Renata foi se inscrever e apesar de morar há muito tempo na comunidade, não tinha conhecimento deste recurso. A usuária passou a frequentar a turma de alfabetização, se expondo menos aos riscos de violência no território, ficou feliz de ter esse compromisso diariamente. Segundo a mesma, abre um mundo de possibilidades.

No grupo, a usuária fez vínculo com outras participantes e relatou que, desde então, não tem mais dificuldades para dormir e se sente menos angustiada. Relata ainda que, quando se sente atordoada, vai à clínica da família para conversar e isso a ajuda. Neste ponto, o acesso avançado mostra-se potente, sendo tomado para além da vertente do acesso aos serviços, na perspectiva de acolhimento em sua dimensão ética.

Até o final desta escrita, Renata fazia planos de viajar para sua terra natal – sem o esposo. Terminou as sessões de auriculoterapia e pôde assinar seu nome na lista de participantes. Incentivo à usuária para que ela passe a escrever sua própria história, pois ela sempre diz que sua vida daria um livro.

Renata é um exemplo de usuária do SUS que poderia ter saído com o combo de antidepressivo e ansiolítico em uma consulta de dez minutos. Porém, a escuta qualificada de sua história de vida, permitiu descortinar outras possibilidades de cuidado, sem a necessidade de responder aos seus sintomas com medicações para extirpá-los. Destaca-se o tempo como um marcador do cuidado, pois é necessário suportar a angústia do que se apresenta como sintoma, para que o próprio sujeito consiga se ver, ouvir e assim, se perceber na sua própria existência com questões desafiadoras e possibilidades de trilhar

outros caminhos. Ressalta-se a importância de uma clínica que se opere pelos princípios da longitudinalidade, equidade e integralidade. O cuidado de Renata tem se estruturado somente na APS e, se necessário for, que possamos acompanhar seu percurso terapêutico em outros espaços em rede, de acordo com sua dinâmica de vida.

Acolhimento em saúde mental

No acolhimento à demanda espontânea, é comum encontrar queixas que se apresentam como crises de ansiedade, insônia, demanda por psicólogo e “renovação de receita”, por exemplo. O termo acolhimento está previsto na Política Nacional de Humanização como uma reorientação dos serviços de saúde: entender para responder, pressupondo uma postura ética dos profissionais para receber, escutar e tratar as demandas dos usuários (Schmidt; Figueiredo, 2009).

Ao analisar caso a caso, é possível tecer algumas reflexões acerca do cuidado em saúde mental, como o estranhamento de ser ofertada medicação ansiolítica após uma escuta superficial, com poucos recursos para manejo de crise. Observa-se que os profissionais de saúde se precipitam nos cuidados ofertados devido a forte pressão assistencial: a medicação se torna uma intervenção mais rápida e eficaz do que a escuta ativa. No entanto, a medicação não deve ser ofertada a fim de silenciar o sujeito que, no auge do sofrimento psíquico, busca a unidade de saúde para um cuidado. Podendo incorrer a iatrogenia assistencial de que este usuário saia com prescrições psicotrópicas, sem o mínimo de acolhimento, que o possibilite circunscrever aquele sofrimento em sua história de vida, resgatando suas potencialidades e fortalecendo suas redes de apoio, além da instrumentalização de recursos não farmacológicos possíveis a serem explorados pelo sujeito como por exemplo, exercícios respiratórios, higiene do sono, meditações guiadas, fitoterapia, aromaterapia, auriculoterapia, etc. (Esteves, 2017).

Esta demanda, na qual foi garantido o acesso – pois o usuário entrou em atendimento-, não obteve acolhimento na dimensão ética da palavra, pois o usuário foi medicado sem uma escuta ativa. Assim, após um mês, gera-se outra demanda: a renovação da receita.

A renovação de receitas é um procedimento corriqueiro para as equipes de UBS. Contudo, ao analisarmos este circuito sob o viés de garantia de tratamentos contínuos, pode reforçar uma desassistência assistida, pois o que vemos na prática é uma renovação automática de prescrições, descolada de avaliações periódicas: das prescrições para hipertensão e diabetes aos antidepressivos e ansiolíticos, passando pelos contraceptivos, questiona-se como se avalia a eficácia, efeitos adversos, necessidade de ajustes de dose, suspensão ou trocas de medicação, se parece normalizada e instituída a ideia da renovação de receitas sem efetivamente manter um acompanhamento periódico?

Estudos apontam que os antidepressivos são a terceira classe de medicamentos mais prescritos e mais utilizados por não especialistas na APS, que encontra mais de 30% das demandas em saúde mental (Alves, *et al* 2020; Claro, *et al* 2020).

O Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, apresentou dados de que a cidade do Rio de Janeiro foi a segunda que mais vendeu cloridrato de fluoxetina e clonazepam em 2021 em todo o Brasil, ficando atrás somente de São Paulo¹ (Brasil, 2022). Algumas questões fazem

¹ Pesquisa realizada em base dados da ANVISA aplicando os filtros ano: 2021; UF e cidade de vendas: todos; princípio ativo: clonazepam e cloridrato de fluoxetina. Dados atualizados em 15/12/2022.

pensar sobre isso: maior acesso aos serviços de saúde e informações com maior demanda de diagnósticos em saúde mental; Aumento da procura por cuidados em saúde mental alavancados pela pandemia, associados a uma maior negligência desses cuidados no período.

Insônia é uma queixa recorrente nos atendimentos motivados especificamente por isso ou por outras questões. Cabe destacar que, o estado de sono requer o mínimo de percepção de segurança e bem-estar, embora a população seja bastante afetada em territórios marcados pela violência e abandono do Estado. Nesse sentido, observa-se dificuldade de produção de cuidado para além da medicação.

Além disso, chama-se atenção para o uso excessivo de telas, inclusive por crianças e adolescentes, que não dispõem de outros recursos de cultura e lazer para entretenimento, culminando em pedidos crescentes de avaliação por agitação, desatenção e/ou dificuldades de aprendizado. Portanto, é importante trabalhar em conjunto com os equipamentos sociais do território para além dos dispositivos da saúde, como a associação de moradores, CRAS ou CREAS, escolas e creches, ONGs, vila olímpicas, entre outros, de modo a tentar circunscrever maior coesão social e até engajamento para reivindicação estatal.

Assim, aponta-se a importância de se ter o recurso medicamentoso disponível gratuitamente no SUS, mas que ele seja adequadamente utilizado, e quando for indicado é necessário definir o plano terapêutico e avaliar o contexto em que se inserem as pessoas, que devem ser acompanhadas ainda mais de perto (Prado; Francisco; Barros, 2017).

Matriciamento em saúde mental

Atualmente, o município do Rio de Janeiro não conta mais com o Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF), passando a adotar uma nova estratégia de apoio matricial em saúde mental. Essa configuração de equipe é vinculada a Rede de Atenção Psicossocial, chamada de Deambulatório², que visa fomentar o cuidado compartilhado dos casos, possibilitando uma troca de um saber fazer, construindo-se em um fazer junto, que permite ampliar o escopo de atuação dos profissionais da APS, qualificando as intervenções e encaminhamentos.

O Apoio Matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Depende da personalização da relação entre equipes de saúde, da ampliação dos cenários em que se realiza a atenção especializada e da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem Apoio Matricial (Cunha; Campos, 2011, p.964).

Na referida unidade de saúde, há apoio matricial com psiquiatra ofertado pela universidade, que tem o mesmo como campo de prática para a medicina. Assim, acadêmicos de medicina e a psiquiatra matriciadora fazem atendimentos com médicos da equipe uma vez ao mês. Seguindo a proposta do apoio matricial esses devem ser casos de maior complexidade.

² O Deambulatório é apontado como uma estratégia da Superintendência de Saúde Mental. Está ancorado no documento “Nota Técnica: Orientações Deambulatório”, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro de junho de 2025 (SMS-Rio, 2025).

A unidade dispõe de uma equipe em saúde mental do Deambulatório, que faz o matriciamento uma vez no mês com toda equipe de referência. Nessa ocasião são realizadas algumas devolutivas e discussões de casos, onde se avalia a pertinência do compartilhamento imediato ou a necessidade de maior exploração ou vinculação com a equipe primeiro. Os casos compartilhados, devem ser inseridos no Sistema Nacional de Regulação para consulta em saúde mental adulto ou infanto-juvenil, pelo médico ou enfermeiro, para posterior absorção pela equipe do deambulatório que irá realizar o agendamento de primeira vez.

O atendimento dessa equipe é realizado em algum ponto do território, pois eles não possuem base fixa. Essa equipe é vinculada a um CAPS do território e atende a outras duas UBS da área programática. Então a cada vez, o atendimento pode ser em locais diferentes do território, o que às vezes dificulta a adesão dos usuários. Recentemente foi improvisado um consultório para E-multi, sendo disponibilizada para atendimentos individuais do Deambulatório a tarde. Inicialmente a maior parte dos atendimentos são em grupos, sendo individualizado conforme a necessidade identificada pela própria equipe.

Durante o período da residência notou-se uma urgência nos encaminhamentos de usuários, sem uma prévia avaliação da demanda ou da necessidade identificada de cada caso, processo este que está dentro do escopo de trabalho realizado na Atenção Primária, sendo porta de entrada do SUS, a qual possui a riqueza de conhecer as minúcias do território e da rede de apoio do usuário. Além disso, alguns profissionais da equipe de saúde da APS não apostam na efetividade dos grupos terapêuticos como um espaço de trocas dialógicas e compartilhamento de experiências que contribuem para o cuidado integral do sujeito em seu modo de vida individual e coletivo. Conforme experienciado na participação de um grupo em saúde mental, que inicialmente foi criado por um residente durante o período da pandemia e pelo vínculo de muitos usuários com os grupos do Deambulatório.

Grupo Bem Viver

O grupo Bem Viver, foi uma proposta de intervenção realizada pelo enfermeiro Jonathan Guedes, à época residente de Família e Comunidade, no período de setembro de 2023, cuja proposta inicial seria sua realização quinzenalmente, na modalidade online, devido ao período da pandemia de COVID-19. Com a flexibilidade das medidas sanitárias de isolamento, o grupo passou a adotar o modelo presencial na unidade de saúde, e em setembro de 2024, passou a ser semanal. O grupo é semiaberto e reúne pessoas com algum sofrimento psíquico, indicadas por sua equipe de referência da UBS. O grupo tem por objetivo o acolhimento, a escuta ativa, o compartilhamento entre pares de estratégias de enfrentamento, rompimento com o isolamento social e fortalecimento de vínculos comunitários de pessoas com questões em saúde mental, como a ansiedade.

Na composição e sustentação deste dispositivo de cuidado estão os residentes de Enfermagem de Família e Comunidade, observando pouca implicação dos profissionais da UBS, o que é um desafio, pois a residência é passageira. Para consolidação do grupo, é necessário ter a constância, acolhimento e adequação da oferta do grupo à necessidade e contexto do usuário. Também é necessário ter o desejo dos profissionais de saúde para manejo do grupo, sendo importante contar com dois ou mais profissionais dispostos à esta experiência coletiva. Com a realização do grupo Bem viver durante este tempo, percebemos uma tendência de avaliação bastante exitosa do grupo, refletindo na

quantidade de usuários participantes, além da avaliação qualitativa dos usuários e as estratégias de aprendizado e o compartilhamento com os demais.

Associada ao grupo, realiza-se também a auriculoterapia conforme indicação de cada participante para questões de ansiedade e insônia. A auriculoterapia conta com o protagonismo de um Agente Comunitário de Saúde. Nota-se um retorno muito positivo entre os usuários, pois no grupo constroem outras relações que se mantêm para além do encontro na unidade de saúde. A partir desta experiência, os usuários conhecerem outros dispositivos e estratégias de enfrentamento às suas questões individuais e/ou coletivas. Muitos usuários mantêm algum grau de relacionamento e suporte para além do grupo, sendo essa uma boa perspectiva de sucesso: ampliação de laços.

Os grupos na APS são estratégias de cuidados que têm o objetivo de atingir a pessoas que necessitam de cuidados que perpassam por ações educativas, de orientações e trocas entre pares sobre mudanças de hábitos e estratégias de enfrentamento. São marcados pelas trocas de experiências, tornando-se um espaço de ressignificação da condição de saúde e das maneiras que encontraram de agir no cotidiano, criando novas formas de superação dos seus problemas. Eles devem ser pensados de acordo com as necessidades do território. Os grupos também possibilitam interações diferentes entre profissionais e usuários das interações em abordagens individualizadas em consultório (Furlan; Campos, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este manuscrito versou sobre experiências de cuidado em saúde mental na APS em um território atravessado pelo abandono do Estado, trazendo reflexões críticas sobre o trabalho em saúde desenvolvido a despeito de seus bons indicadores. Neste sentido, esta produção caminhou pela reflexão e questionamento sobre o que vem sendo produzido e apresentado para populações vulnerabilizadas. Apontando para o racismo como uma barreira de acesso sistemática.

Explorou-se alguns recortes de experiências do cotidiano, mostrando o desafio de operar o trabalho vivo em ato com a organização de trabalho centrada em metas, chamando a necessidade da produção de outra lógica de cuidado, centrada nas pessoas. Portanto, é importante que possa se refletir sobre diferentes modos de cuidado em saúde mental na APS, discutindo as dificuldades desse cuidado, mas também sinalizando espaços de possibilidades, como o uso dos dispositivos territoriais, inclusive intersetoriais, como a Vila Olímpica, no caso apresentado.

Destaca-se na própria APS a necessidade de Educação Permanente com todos os profissionais para melhor acolhimento de pessoas em sofrimento psíquico, ressaltando a importância das gestões promoverem oficinas de sensibilização e instrumentalização em saúde mental para todos os profissionais da unidade de saúde, de modo que possam se reconhecerem como agentes de cuidado, além de ampliar a discussão de qualidade no acesso e potencializar espaços de cuidado já existentes, como os grupos e os matriciamentos.

REFERÊNCIAS

ALVES, E. O *et al.* Prevalência do uso de psicotrópicos na atenção primária à saúde em um município do interior de Minas Gerais. **Rev Méd Minas Gerais**; Supl 4, n.30, p. 61-8, 2020. Disponível em: <https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/8cekkm>. Acesso em: 20 março 2025.

ALVES, R. D *et al.* Grupo de Familiares em Caps Ad: Acolhendo e Reduzindo Tensões. **SANARE – Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v.14, n.01, p.81-86, jan./jun., 2015. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/%20sanare/article/view/613>. Acesso em: 20 março de 2025.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**.. Brasília, DF. Presidência da República.

BRASIL. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados. **Venda de Medicamentos Industrializados**. Dados atualizados em 15 de dezembro de 2022. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiOTk3NzYxZjctNzY0Mi00ZDIyLWE1ZDktOFAwZTVmNDk4NGI4IiwidCI6ImI2N2FmMjNmLWMzZjMtNGQzNS04MGM3LWI3MDg1ZjVlZGQ4MSJ9>. Acesso em 01 de outubro de 2025.

BRASIL. Casa Civil. Lei nº 10216 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**. Publicado em: 09/04/2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em 18 setembro 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Publicado em: 22/09/2017; Edição: 183; Seção: 1; Página: 68.

Cida Bento. **O pacto da Branquitude**. Companhia das letras, 2022.

CLARO, M. P *et al.* Perfil de prescrição de psicotrópicos em uma unidade básica de saúde do Paraná. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 7, p. 44451-65, jan/2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/343468168_Perfil_de_prescricao_de_psicotropicos_em_uma_unidade_basica_de_saude_do_Parana. Acesso em: 12 ago 2025.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad Saúde Pública** v. 24 (Supl. 1), n. 13, p. 7-27, 2008. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/3563>. Acesso em: 14 jun 2025.

CUNHA, G.; CAMPOS, G. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/JFWjx7YnMz7mCDjFNDpxRcc/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 01 agosto 2025.

PRADO, M. A. M. B; FRANCISCO, P. M. S. B; BARROS, M. B. A. Uso de medicamentos psicotrópicos em adultos e idosos residentes em Campinas, São Paulo: um estudo transversal de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n.4, p.747-758, Brasília, dez/2017. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742017000400747. Acesso em: 12 ago 2025.

ECHEBARRENA, R. C.; SILVA, P. R. F. Leitos de saúde mental em hospitais gerais: o caso do Rio de Janeiro. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v.44, n especial 3, p. 223-234, out, 2020.

ESTEVES, N. P. Q. **Uso de fitoterápicos como aliado no desmame do consumo inadequado de benzodiazepínicos na atenção básica**. Monografia (Especialização em Saúde da família) – UNASUS, Rio de Janeiro: UERJ, 2017. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7974/1/Nat%C3%A1lia%20Pican%C3%A7o%20de%20Queiroz%20Esteves.pdf>. Acesso em: 12 ago 2025.

FIOCRUZ. **Nascer no Brasil II: pesquisa nacional sobre aborto, parto e nascimento 2022-2023**. Dados preliminares da pesquisa para oficina: Morte Materna de Mulheres Negras no Contexto do SUS Rio de Janeiro, 2023.

FERREIRA, M. C. M.; VINAGRE, C. G. C. M.; ARMOND, J. E. Acesso Avançado e outras formas de acesso na atenção primária a saúde: percepção dos usuários na região Sul do município de São Paulo. **Arq. Catarin. Med.** v. 50, n. 2. P. 156-159, abr-set 2021. Disponível em: <https://revista.acm.org.br/arquivos/article/view/660/514>. Acesso em: 15 nov 2025.

FURLAN, P. G.; CAMPOS, G. W. S. Os grupos na Atenção Básica à Saúde. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno HumanizaSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 2, p. 105-116, 2010.

GAZIGNATO, E. C. DA S.; SILVA, C. R. DE C. E. .. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 101, p. 296–304, abr. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/6WyjmDW55CNQq8fdnHm7h9q/?format=html&lang=pt>. Acesso em 10 nov 2025.

GOMES, H. M. S.; BORGERT, A. Custos da Saúde Pública no Brasil: Uma análise entre 2004 e 2021. **Cien Saúde Colet** v. 30(supl 1), n. 2. Mar. 2024. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/custos-da-saude-publica-no-brasil-uma-analise-entre-2004-e-2021/19140?id=19140>. Acesso em: 27 jul 2025.

GONZALEZ, Lélia; HASENBALG, Carlos. **Lugar de negro** . Rio de Janeiro: Marco Zero, 1982. (Coleção 2 Pontos, v. 3).

HÄFELE, V.; NOBRE, M. L.; SIQUEIRA, F. V. Prevalência de transtornos mentais e fatores associados em usuários da Atenção Primária. **Cad Saúde Colet**, v. 31 n. 3, out. 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/3CQ5VQLFMwtS6TQ8QJqzbNn/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 26 ago 2025.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Atlas da Violência 2025**. V.8, n.2. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/5999-atlasdaviolencia2025.pdf>. Acesso em 10 nov. 2025.

LEWGOY, A. M. B; ARRUDA, M. P. Da escrita linear à escrita digital: atravessamentos profissionais. **Revista Virtual Textos & Contextos**, v. 1, n. 2, dez. 2003. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/article/view/955/735>. Acesso em: 08 jul 2025.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. In: BRASIL, I.; LIMA J, C.F.:(Orgs). **Dicionário da educação profissional em saúde**. N. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. P. 427-432.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. **Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, Ano XXVII, v.27, n. 65, Set/Dez de 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Proteção e promoção da saúde mental na Região das Américas**. Washington, D.C. OPAS, 13/02/2025. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/publicacoes/protecao-e-promocao-da-saude-mental-na-regiao-das-americas>. Acesso em: 20 maio 2025.

SANTOS, J. C; FRACOLLI, L.A. **Acesso Avançado na Atenção Primária a Saúde: Requisitos essenciais para ampliar a prática do enfermeiro**. Produto da Dissertação de Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária no SUS. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2023. Disponível em: <https://www.ee.usp.br/wp-content/uploads/2024/03/PRODUTO-TECNICO-AA-APS-Jerusa-C.-dos-Santos.pdf>. Acesso em 15 nov 2025.

SCHMIDT, M. B.; FIGUEIREDO, A. C.. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 12, n. 1, p. 130–140, mar. 2009.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO (SMS-Rio) Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV) Superintendência de Atenção Primária (SAP). **Auriculoterapia na atenção Primária a Saúde: tabagismo, dor osteomuscular e ansiedade**. 2024.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO (SMS-Rio)
Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV)
Superintendência de Saúde Mental. **Nota técnica: Orientações Deambulatórios.** Junho 2025. Disponível em: <https://saude.prefeitura.rio/wp-content/uploads/sites/47/2025/06/Nota-tecnica-Deambs.pdf>. Acesso em nov 2025.

STARFIELD, B (Org). **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, Ministério da Saúde; 2002.

VIEIRA-MEYER, A.P. G. F *et al.* Saúde mental de Agentes Comunitários de Saúde no contexto da COVID-19. **Ciênc. Saúde Colet**, v.28, n. 8, p. 2363-2376, jul-ago. 2023. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2023.v28n8/2363-2376/>. Acesso em: 26 jun 2025.