

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM
LINHAS DE CUIDADO EM ENFERMAGEM
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL



MÓDULO VII: REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)



GOVERNO FEDERAL

Presidente da República Dilma Vana Rousseff

Ministro da Saúde Alexandre Padilha

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)

Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)

Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitora Roselane Neckel

Vice-Reitora Lúcia Helena Pacheco

Pró-Reitora de Pós-Graduação Joana Maria Pedro

Pró-Reitor de Extensão Edison da Rosa

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretor Sérgio Fernando Torres de Freitas

Vice-Diretora Isabela de Carlos Back Giuliano

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Chefe do Departamento Vera Radünz

Subchefe do Departamento Grace Dal Sasso

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Coordenadora Vânia Marli Schubert Backes

Subcoordenadora Odaléa Maria Brüggemann

COMITÊ GESTOR

Coordenadora Geral do Projeto e do Curso de Especialização Vânia Marli Shubert Backes

Coordenadora Didático-Pedagógica Kenya Schmidt Reibnitz

Coordenadora de Tutoria Lúcia Nazareth Amante

Coordenadora de EaD Grace Terezinha Marcon Dal Sasso

Coordenadora de TCC Flávia Regina Souza Ramos

Coordenadoras Pólos Silvana Martins Mishima, Lucieli Dias Pedreschi Chaves, Lucilene Cardoso

EQUIPE DE APOIO

Secretaria: Claudia Crespi Garcia e Viviane Aaron Xavier

Tecnologia da Informação: Fábio Schmidt Reibnitz

AUTORES

Lucilene Cardoso

Zeyne Alves Pires Scherer

Maria Terezinha Zeferino

Jonas Salomão Spricigo.

Edilaine C. Silva Gherardi Donato

Isabela dos Santos Martin

Jeferson Rodrigues

REVISÃO TÉCNICA

Maria Gabriela Curubeto Godoy

© 2013 todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Edição, distribuição e informações:

Universidade Federal de Santa Catarina

Campus Universitário, 88040-900 Trindade – Florianópolis – SC

M7 - Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

C268c CARDOSO, Lucilene

Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) / Lucilene Cardoso; Zeyne Alves Pires Scherer; Maria Terezinha Zeferino; et al. – Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.

103 p.

ISBN: 978-85-88612-67-9

1. Saúde Mental. 2. Atenção Psicossocial. 3. Enfermagem Psiquiátrica

CDU – 616-083:616.89

Catalogado na fonte por Anna Khris Furtado D. Pereira – CRB14/1009

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

Coordenação Geral da Equipe Eleonora Milano Falcão Vieira, Marialice de Moraes

Coordenação de Design Instrucional Andreia Mara Fiala

Design Instrucional Master Márcia Melo Bortolato

Design Instrucional Isabela C. G. de Oliveira

Revisão Textual Deise Joelen Tarouco de Freitas

Coordenação de Design Gráfico Giovana Schuelter

Design Gráfico Taís Massaro, Fabrício Sawczen

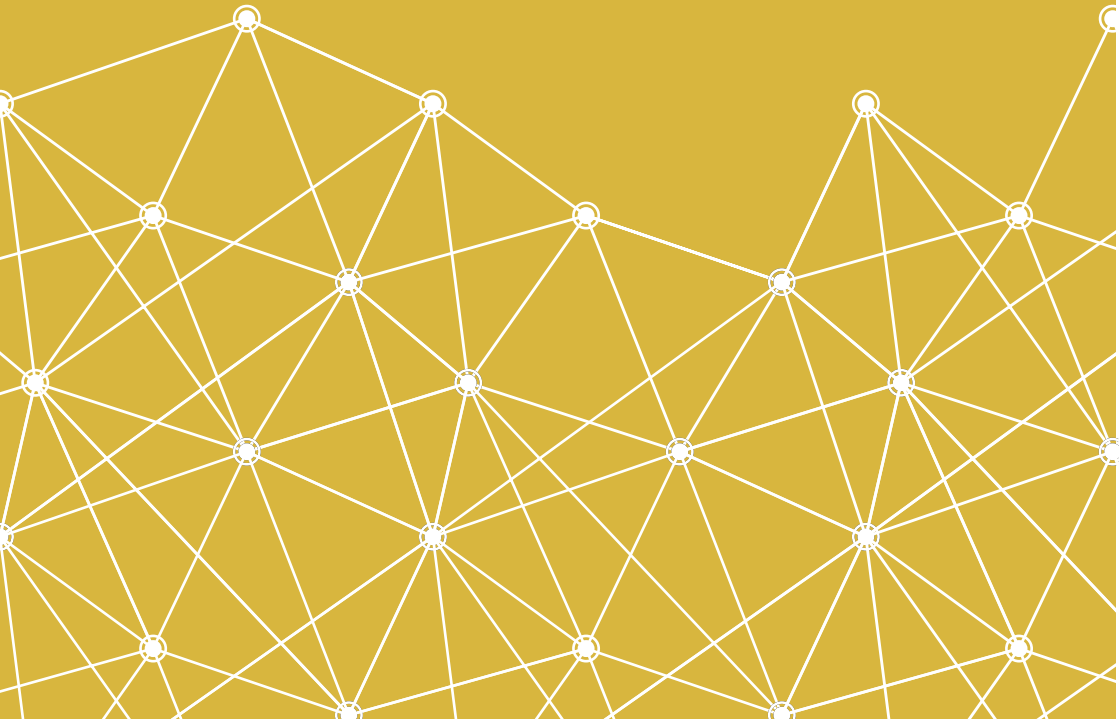
Design de Capa Rafaela Volkmann Paschoal

Projeto Editorial Cristal Muniz, Fabrício Sawczen

UFSC/ENFERMAGEM/PEN

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM LINHAS DE CUIDADO EM ENFERMAGEM

MÓDULO VII REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)



FLORIANÓPOLIS
2013

CARTA DO AUTOR

Caro aluno,

É com satisfação que damos a você as boas-vindas! Como sempre, será muito bom participarmos juntos de mais um módulo deste curso, compartilhando conhecimentos na área da Atenção Psicossocial. Trata-se de uma área que vem apresentando grandes mudanças nas últimas décadas, o que torna ainda mais importante nosso aprendizado, atualização e troca de conhecimentos.

Neste módulo introduziremos os conceitos de Redes de Atenção em Saúde e compartilharemos conhecimentos sobre Rede de Atenção Psicossocial, seus componentes e pontos de atenção.

Estes conhecimentos proporcionarão a você, profissional atuante na Rede de Atenção Psicossocial, ferramentas para uma assistência em Rede qualificada, pois terá a oportunidade de compreender e apreender as modificações do modelo assistencial vigente.

Contamos com sua participação ativa neste processo que é fundamental para aprimorarmos mais nossos conhecimentos na assistência em saúde. Compartilhando experiências práticas de cada serviço e comunidades em que atuam, respeitando as diferentes regiões e populações que constituem nosso cotidiano.

Desde já desejamos um ótimo curso a todos!

Vamos juntos para mais este estudo?

Abraços,

Lucilene Cardoso, Dra.
Zeyne Alves Pires Scherer, Dra.
Maria Terezinha Zeferino, Dra.
Jonas Salomão Spricigo, Dr.
Edilaine C. Silva Gherardi Donato, Dra.
Isabela dos Santos Martin, Esp.
Jeferson Rodrigues, Dr.

“Cada pessoa que passa em nossa vida, passa sozinha, porque cada pessoa é única e nenhuma substitui a outra! Cada pessoa que passa em nossa vida passa sozinha e não nos deixa só porque deixa um pouco de si, mas porque também leva um pouquinho de nós. Essa é a mais bela responsabilidade da vida e a prova de que as pessoas não se encontram por acaso”.

Charles Chaplin

OBJETIVO GERAL

Ao final deste módulo, o aluno será capaz de discutir a formulação e implementação da Rede de Atenção Psicossocial e o trabalho integrado na Cidade/Território.

CARGA HORÁRIA

45 horas.

SUMÁRIO

UNIDADE 1 — REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: OBJETIVOS, COMPONENTES E PONTOS DE ATENÇÃO.9

1.1 Introdução.....	9
1.2 Rede de Atenção Psicossocial — RAPS: constituição e objetivos.....	10
1.2.1 Componentes e pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS	11
1.3 Resumo	36
1.4 Fechamento	37
1.5 Recomendação da leitura complementar	38

UNIDADE 2 — CUIDADO EM ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....41

2.1 Introdução.....	41
2.2 Dimensões do cuidado na Atenção Psicossocial	42
2.3 Processo de trabalho: núcleo e campo no trabalho interdisciplinar	45
2.4 O Enfermeiro nas equipes de atenção.....	48
2.5 Os técnicos/auxiliares de enfermagem nas equipes de atenção	53
2.6 Resumo	55
2.7 Fechamento	56
2.8 Recomendação de leitura complementar	56

UNIDADE 3 — PLANEJAMENTO E GESTÃO NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL59

3.1 Introdução.....	59
3.2 Atenção Psicossocial: Análise Situacional	60
3.2.1 Dados Estatísticos dos Transtornos Mentais	60
3.2.2 Ampliação e qualificação das ações de atenção psicossocial na atenção básica.....	64
3.2.3 A problemática do uso abusivo de álcool, crack e outras drogas	64
3.3 Planejamento da Rede de Atenção Psicossocial	66
3.4 As pessoas e a situação de saúde	71
3.4.1 A análise situacional a partir do território	73
3.5. Financiamento e orçamento da RAPS	77
3.6 A organização da RAPS e sua gestão.....	83
3.7 Resumo	90
3.8 Fechamento	90
3.9 Recomendação de Leitura Complementar	91

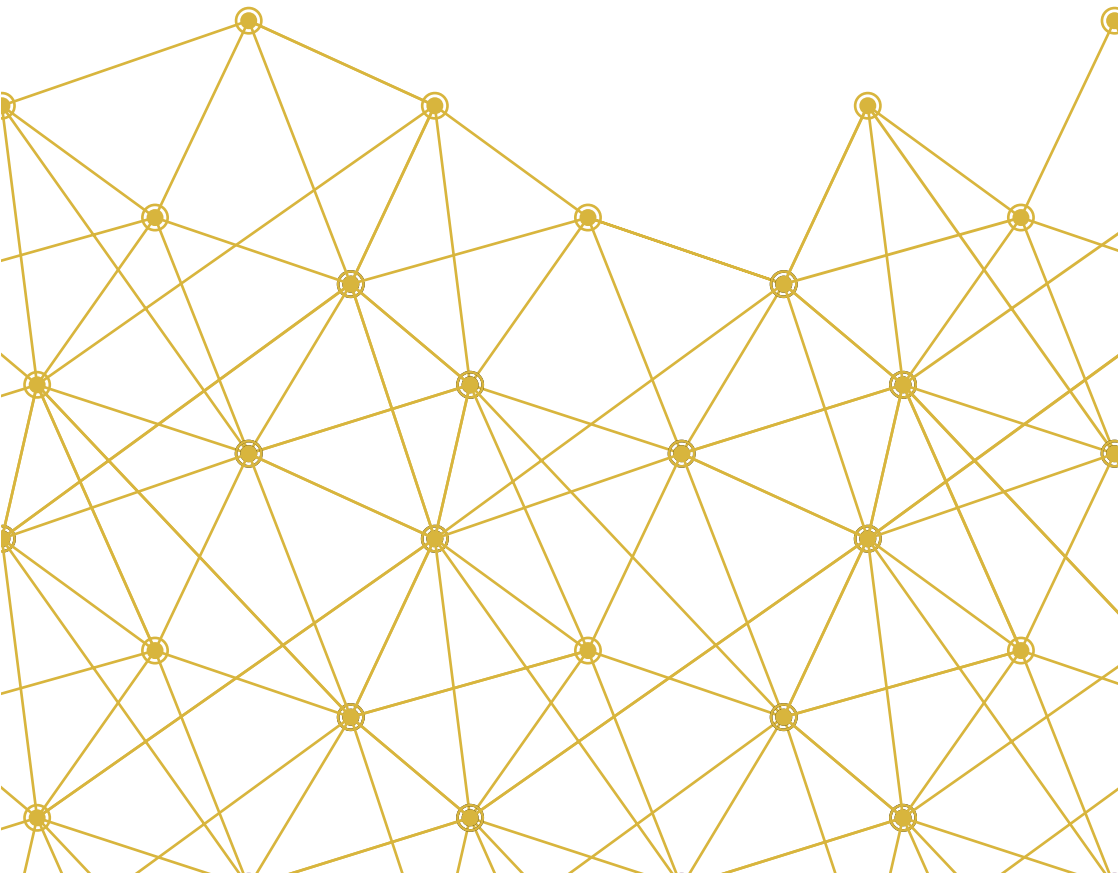
ENCERRAMENTO DO MÓDULO.....92

REFERÊNCIAS

MINICURRÍCULOS DOS AUTORES

103

UNIDADE 1



Unidade 1 – Rede de Atenção Psicossocial: objetivos, componentes e pontos de atenção.

Ao final desta unidade o aluno será capaz de identificar os objetivos, componentes e pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

1.1 Introdução

Nesta unidade abordaremos o conceito de Redes de Atenção a Saúde (RAS), mais especificamente a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

As propostas de Redes de Atenção a Saúde (RAS) nas políticas públicas têm sido, crescentemente, adotadas a partir da década de 90, para substituir as organizações hierárquicas rígidas e implantar redes que se apresentam estruturadas em organizações flexíveis e abertas, proporcionando o compartilhamento e a interdependência de objetivos, informações, compromissos e resultados (CAPRA, 2002; INOJOSA, 2008; OUVREY, 2008).

Rede de Atenção à Saúde (RAS): são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão e, buscam garantir a integralidade do cuidado.

A RAS tem como objetivo promover a integração de ações e serviços de saúde com a finalidade de oferecer atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e, eficiência econômica (BRASIL, 2010a).

Considerando tais características, as RAS apresentam comunicação de ações e serviços passíveis de transformação e reinvenção de papéis e territorialidades, fundamentais para a constituição e operação de diferentes formas de cuidado. Essa articulação em rede rompe com o conceito de centralidade de cuidados, ou seja, oferece dinamismo e flexibilidade aos serviços, a fim de gerar melhores resultados da atenção (BRASIL, 2010a).

Assim, os serviços de saúde que compõem a rede estruturam-se em pontos de atenção à saúde, que são locais onde é oferecido o cuidado, compostos por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas que devem ser distribuídos, especialmente, de maneira eficaz (MENDES, 2011).



Saiba mais

Os sistemas fragmentados têm sido um desastre sanitário e econômico em todo o mundo, sendo uma alternativa a esse modelo organizacional a implantação de Redes de Atenção à Saúde. Saiba mais sobre estas, vendo o PDF de Mendes: As Redes de Atenção à Saúde. Organização Pan-americana da Saúde, produzido pela Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf>>.

Acesse também a portaria 4279 que regulamenta a RAS. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria4279_docredees.pdf>

1.2 Rede de Atenção Psicossocial – RAPS: constituição e objetivos

Agora, vamos focar nosso estudo na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), responsável pelo oferecimento da linha de cuidados vinculada à atenção psicossocial da população (BRASIL, 2011a). Sua criação decorre da efetivação de direitos conquistados pela promulgação da Lei nº10.216/01 (BRASIL, 2001) que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental e a Lei nº8.080/90 (BRASIL, 1990), que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e o funcionamento dos serviços de saúde correspondentes.

A Rede de Atenção Psicossocial - RAPS propõe a organização dos serviços de saúde de forma integrada, articulada e efetiva, por meio da ampliação e diversificação das ações e equipamentos de saúde, com a garantia do acesso universal, ofertando cuidado integral com qualidade e assistência multiprofissional. Deste modo, a RAPS contém diferentes pontos de atenção para atender as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011a).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) tem como objetivos (BRASIL, 2011a):

- Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
- Promover o cuidado das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas e suas famílias nos pontos de atenção;
- 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.

Para atender essa organização, os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) e todos os dispositivos e recursos sociais existentes estão se organizando para que as Redes de Atenção em Saúde ofereçam cuidados em saúde mental, considerando a desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência; a reabilitação e reinserção social através do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária; atenção às situações de crise; entre outros (BRASIL, 2011a).

1.2.1 Componentes e pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS

O desenvolvimento e consolidação da RAPS está em consonância com o Pacto pela Saúde e a proposta de reorganização do SUS em Redes de Atenção à Saúde (Lei 8080, decreto 7508, portaria das RAS 4279) e também decorre dos avanços da Política Nacional de Saúde Mental, que considerou a necessidade de oferecer uma rede de serviços de saúde mental integrada, articulada e efetiva, composta por diferentes pontos de atenção para ofertar ações às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e necessidades decorrentes do consumo de álcool, *crack* e outras drogas.

A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes e seus pontos de atenção de acordo com os Artigos 5º e 6º da Portaria 3.088/2011 (BRASIL, 2011a):

I - atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Unidade Básica de Saúde;
- b) Equipe de atenção básica para populações específicas:
 1. Equipe de Consultório na Rua;
 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- c) Centros de Convivência;

II - atenção psicossocial especializada, considerada estratégica na indução de um modelo de atenção psicossocial, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;

III - atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) SAMU 192;
- b) Sala de Estabilização;
- c) UPA 24 horas;
- d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro;
- e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;

IV - atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Unidade de Acolhimento;
- b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;

V - atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) enfermaria especializada em Hospital Geral;
- b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

VI - estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:

- a) Serviços Residenciais Terapêuticos;
- b) Programa de Volta para Casa.

VII - reabilitação psicossocial.



Saiba mais

Para conhecer a Lei nº 10.216/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, acesse <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>

Assim sendo, a RAPS é constituída pela articulação de diversos componentes e seus pontos de atenção no âmbito do SUS. No decorrer deste módulo detalharemos o papel e as funções dos componentes e seus pontos de atenção na atenção psicossocial.

I - Atenção Básica em Saúde

A Atenção Básica é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2011b).

As ações em saúde são desenvolvidas por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. São utilizadas tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território (BRASIL, 2011b).

Os serviços são orientados pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL 2011b).

No âmbito do SUS, o cuidado em saúde na atenção básica facilita e agiliza o acesso, melhora a qualidade da atenção prestada e reduz os desperdícios decorrentes de investigações desnecessárias e/ou inapropriadas (OMS, 2001).

A Atenção Básica é uma importante área no campo da atenção psicossocial. É onde geralmente acontece o primeiro contato da população com os cuidados de saúde. Esse nível de atenção tem como princípios a integralidade, o cuidado longitudinal e a territorialidade.

De acordo com o Relatório Anual de Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), a integração de cuidados em saúde mental na atenção básica é fundamental por possibilitar:

- A redução do estigma à pessoa com transtorno mental e necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

- A qualificação e ampliação do cuidado clínico das pessoas com transtorno mental e necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.
- A ampliação do acesso e capilarização das ações de cuidado em saúde mental individual e coletivo.
- A continuidade do cuidado em saúde mental no território, potencializando as possibilidades de reinserção social.

Observamos que a Atenção Básica em Saúde desempenha importante papel na Rede de Atenção Psicossocial por sua proximidade com as famílias e comunidades. Em tal contexto, a Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, sendo operacionalizada com a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 2003a, 2010a).

As equipes de saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF) são uma das estratégias para o cuidado ampliado e integral às pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas. No âmbito do SUS, é oferecido cuidado a usuários, identificar indivíduos com história de ruptura dos laços sociais, articular pontos de atenção para a continuidade dos projetos terapêuticos singulares bem como propôr abordagens conjuntas, como ações de redução de danos ou oferta de tratamento.

O desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) e dos novos serviços substitutivos em saúde mental – especialmente os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – nos últimos anos, marcam um progresso indiscutível da política do SUS (BRASIL, 2003a, 2010a).

Contudo, nem sempre a atenção básica apresenta condições para as práticas preventivas e a articulação com a saúde mental. Muitas vezes, a ausência de recursos humanos e a falta de capacitação acabam por prejudicar o desenvolvimento de uma ação integral pelas equipes. Além disso, atender às pessoas com transtornos mentais é, de fato, uma tarefa muito complexa (BRASIL, 2003a).

Nessa compreensão, baseamos a ideia de que é importante estimular ativamente, as políticas de expansão, formulação e avaliação da Atenção Básica, diretrizes que incluam a dimensão subjetiva dos usuários e os problemas mais graves de saúde mental. Assumir este compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção de saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção da equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo (BRASIL, 2003a).

Como já foi dito, as ações de saúde mental na Atenção Básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Essas ações devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e nos princípios da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2003a).

Podemos sintetizar como princípios fundamentais desta articulação entre saúde mental e atenção básica (BRASIL, 2003a):

- Noção de território.
- Organização da atenção à saúde mental em rede.
- Intersetorialidade.
- Reabilitação psicossocial.
- Multiprofissionalidade/interdisciplinaridade.
- Desinstitucionalização.
- Promoção da cidadania dos usuários.
- Construção da autonomia possível de usuários e familiares.

Em janeiro de 2008 foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF, com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica (BRASIL, 2008a).



Saiba mais

Para conhecer a Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. BRASIL. Ministério da Saúde que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF, e a Portaria Nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. BRASIL. Ministério da Saúde, que Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Portaria 154/2008, acesse: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_04_03_08_re.pdf> e Portaria 3124/2012 acesse: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html>

Pontos de atenção do componente atenção básica de acordo com a portaria 3088/2011 (BRASIL, 2011a):

- a) A Unidade Básica de Saúde é um serviço constituído por equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Tem como objetivo desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

A Unidade Básica de Saúde como ponto de atenção da RAPS tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede (BRASIL, 2011a).

- b) Equipes de Atenção Básica para Populações em Situações Específicas:
 - Equipes de Consultórios na Rua

A Equipe de Consultório na Rua é constituída por trabalhadores que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde.

É responsabilidade da Equipe do Consultório na Rua ofertar cuidados em saúde mental para pessoas em situação de rua em geral; pessoas com transtornos mentais e usuários de *crack*, álcool e outras drogas, incluindo ações de redução de danos, em parceria com equipes de outros pontos de

atenção da rede de saúde, como Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Prontos-socorros, entre outros. Quando necessário, a equipe de Consultório na Rua poderá utilizar as instalações das Unidades Básicas de Saúde do território de acordo com as portarias 3088/2011 e portaria 122/2011 - específica sobre consultórios na rua (BRASIL, 2011a, 2011d).

- Equipes de Apoio aos Serviços de Atenção Residencial de Caráter Transitório

A Equipe de Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório oferece suporte clínico e apoio a esses pontos de atenção. Essa equipe multiprofissional coordena o cuidado e presta serviços de atenção à saúde de forma longitudinal e articulada com os outros pontos de atenção da rede (BRASIL, 2011a).

c) Centros de Convivência

Os Centros de Convivência são unidades públicas, articuladas às Redes de Atenção à Saúde, em especial à Rede de Atenção Psicossocial, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade. Tais serviços são estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, por meio da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade (BRASIL, 2011a).

d) Núcleos de Apoio à Saúde da Família

No campo da saúde mental, os NASF são dispositivos com alta potencialidade para garantir a articulação entre as equipes de Saúde da Família e as equipes de Saúde Mental dos municípios, melhorando o acesso e o cuidado das pessoas com transtornos mentais e com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Os NASF devem integrar-se a essa rede, organizando suas atividades a partir das demandas articuladas junto às equipes de Saúde da Família, devendo contribuir para propiciar condições à reinserção social dos usuários e a uma melhor utilização das potencialidades dos recursos comunitários na busca de melhores práticas em saúde, de promoção da equidade, da integralidade e da construção da cidadania. Estas ações devem ser orientadas para a prevenção e promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos (BRASIL, 2011c).

Os NASF são compostos por equipes compostas de trabalhadores de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família, das equipes de atenção básica para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes Ribeirinhas e Fluviais entre outras) e das Academias da Saúde. A atuação dos NASF implica no compartilhamento de práticas e saberes em saúde

nos territórios sob responsabilidade dessas equipes, atuando diretamente no apoio matricial às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o NASF está vinculado e no território dessas equipes. O apoio matricial dos NASF inclui o suporte e manejo compartilhado de situações relacionadas a transtorno mental e aos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011a).

II Atenção Psicossocial Especializada/Estratégica

A política de estruturação e fortalecimento da RAPS é centrada na assistência comunitária, com ênfase na reabilitação e reinserção social de pessoas com transtornos mentais e necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, por meio de dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial, devidamente articulada à rede assistencial em saúde mental e as outras redes de saúde (BRASIL, 2011a).

Ponto de atenção do componente Atenção psicossocial especializada/estratégica: OS CAPS

Dentre os pontos de atenção destinados ao cuidado em Saúde Mental, destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que realizam o acolhimento e atendimento a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de forma articulada com os outros pontos de atenção e demais Redes.

Este ponto de atenção visa estimular a integração social e familiar de seus usuários, apoiando suas iniciativas de busca de autonomia, oferecendo atendimento por equipe multiprofissional sob a ótica interdisciplinar, prioritariamente em espaços coletivos. Sua característica principal é integrar o serviço a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS são uma das principais estratégias do processo de reforma psiquiátrica no Brasil (BRASIL, 2003a).

Os CAPS assumem papel importante na articulação da Rede de Atenção Psicossocial, tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde mental, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes (BRASIL, 2004a).

O primeiro CAPS do Brasil foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo. A criação deste CAPS e posteriormente dos NAPS (Núcleos de Apoio Psicossocial) em Santos, representaram experiências que fundamen-

taram a criação oficial deste tipo de serviço a partir da portaria 224/1992 (BRASIL, 1992). O processo de criação dos CAPS fez parte de um intenso movimento social, inicialmente composto por trabalhadores de saúde mental, que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciava a situação precária dos hospitais psiquiátricos, que eram o único recurso destinado às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2004a).

Estratégicos no processo de Reforma psiquiátrica brasileira, os CAPS foram implantados em vários municípios do país e vão consolidando-se como dispositivos eficazes na diminuição de internações e na mudança do modelo assistencial. Os CAPS são atualmente regulamentados pelas Portarias nº 336/02, 3088/2011 e pela PT 130/2012. A portaria 336/2002 reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, estabelecendo tipos de CAPS por cobertura populacional, tipo de problema e faixas etárias (BRASIL, 2002a).



Saiba mais

Amplie seus conhecimentos, acessando o portal do Ministério da Saúde/BRASIL. Leia a Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que estabelece o funcionamento e a modalidades de diferentes complexidades do CAPS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2002a. Acesse: Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>>.

Leia também as Portarias 3.088/2011 e 130/2012. Acesse: <http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html> e em <http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html>.

As atividades no CAPS são desenvolvidas por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e deverão situar-se em um espaço físico apropriado, assemelhando-se a uma casa acolhedora e familiar. Eles devem ser territorializados, ou seja, devem estar circunscritos no espaço de convívio social (família, escola, trabalho, igreja entre outros) daqueles pacientes que os frequentam. Deve ser um serviço que resgate as potencialidades dos recursos comunitários à sua volta, pois todos estes recursos devem ser incluídos nos cuidados em saúde mental. A reinserção social pode dar-se a partir dos serviços, mas sempre em direção à comunidade (BRASIL, 2003a).

Além disso, os CAPS contribuem para a organização da rede comunitária de cuidados, trabalhando no direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental de acordo com a portaria 3088/2011 (BRASIL, 2011a):

- Desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários;
- Dispensando medicamentos;
- Encaminhando e acompanhando usuários que moram em residências terapêuticas;
- Assessorando e sendo retaguarda para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar;
- Acompanhando e oferecendo suporte a outros pontos de atenção da RAPS, como Unidades de Acolhimento, SRT, entre outras.

O CAPS tem como objetivo oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. (BRASIL, 2004a).

As práticas realizadas nos CAPS se caracterizam por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro. O cuidado é realizado prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes. Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (BRASIL, 2004a).

O Projeto Terapêutico Singular (a ser detalhado no Módulo IX) construído de maneira pactuada e negociada entre usuário, familiares e equipe é norteador do processo de cuidado no CAPS. A ordenação do cuidado psicossocial no território estará sob a responsabilidade conjunta do CAPS e da Atenção Básica, de maneira a garantir um processo continuado de gestão e acompanhamento longitudinal dos casos e uma atuação em rede (BRASIL, 2011a).

Os CAPS estão organizados nas seguintes modalidades, conforme portaria 3088/2011 (BRASIL, 2011a):

- **CAPS I:** Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para municípios com população acima de 20.000 habitantes.

- **CAPS II:** Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local; indicado para municípios com população acima de 70.000 habitantes.
- **CAPS III:** Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando reatguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes.
- **CAPS AD:** Atende adultos, crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes.
- **CAPS ADIII:** Atende adultos, crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo 12 leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes.
- **CAPSi:** Atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de *crack*, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes.



Palavra do profissional

Já existem indicativos em relatórios do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010f) da necessidade de redução da cobertura para populações a partir de 15.000 habitantes para CAPSi, a partir de 150.000 habitantes para CAPSIII e CAPSADIII e a partir de 70.000 habitantes para CAPSi que ainda precisam ser regulamentadas.

Uma das principais formas de tratamento oferecido nos CAPS são oficinas terapêuticas. Estas são constituídas por atividades realizadas em grupo com a presença e orientação de um ou mais profissionais, monitores e/ou estagiários. Nas oficinas se realizam vários tipos de atividades que podem ser definidas por meio do interesse e necessidades dos usuários e também

das possibilidades dos técnicos do serviço e, tendo em vista a maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas e o exercício coletivo da cidadania (BRASIL, 2004a).

Essas oficinas podem estar associadas ao trabalho e à reabilitação, podendo variar de acordo com o contexto local e cultural de cada serviço e região. Articuladas à rede social de apoio e a rede de serviços do SUS, constituem certamente mais um instrumento de reabilitação psicossocial.



Palavra do profissional

Fiquem atentos, pois no módulo IX apresentaremos os diferentes recursos terapêuticos utilizados da Atenção Psicossocial.

III Atenção a Urgência e Emergência

Historicamente, o modelo de atenção asilar, expresso nos hospitais psiquiátricos representou a principal, e muitas vezes, a única resposta às situações de urgência e emergência no campo da saúde mental, descontextualizando e reduzindo os eventos em questão, invalidando a vivência dos sujeitos, afastando-os dos recursos e possibilidades reais de restabelecer-se, submetendo-os a experiências de segregação e violação de direitos.

A atenção às situações de crise é parte integrante do conjunto e da continuidade da prática terapêutica nos serviços de saúde da Rede de Atenção Psicossocial. É, sobretudo, nos contextos reais de vida das pessoas, que se constitui um campo de aprendizagem que envolve os profissionais dos serviços, tanto das unidades especializadas quanto dos serviços de urgência e emergência, os policiais, os usuários, os familiares e as pessoas do território (NICÁCIO; CAMPOS, 2004).

Dada sua relevância, todos os pontos de atenção da Rede de Atenção às Urgências e Emergências - SAMU, UPA, Sala de Estabilização, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde, entre outros, são responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado das situações de urgência e emergência em Saúde Mental.

A atenção à urgência e emergência psiquiátrica visa acolher todas as necessidades de saúde do indivíduo em crise e promover o melhor restabelecimento possível de sua saúde, em um menor tempo possível e a inserção do usuário para tratamento externo na rede de atenção psicossocial (BRASIL, 2006a).

De acordo com o Manual de Regulações Médicas das Urgências (BRASIL, 2006a), devido ao grande número de julgamentos e dúvidas que a terminologia suscita no meio médico e no sistema de saúde, o Ministério da Saúde optou por utilizar o termo *urgência*, para todos os casos que necessitem de cuidados agudos, tratando de classificá-los em níveis, tomando como marco ético de avaliação o “imperativo da necessidade humana”.

Desta forma, a avaliação da urgência deve ser multifatorial, sendo o grau de urgência diretamente proporcional à gravidade, à quantidade de recursos necessários para atender o caso e à pressão social presente na cena do atendimento, como também inversamente proporcional ao tempo necessário para iniciar o tratamento.

Portanto, discutir crise requer considerar vários elementos que perpassam pelas dimensões da clínica, da cultura, das histórias dos sujeitos e dos recursos disponíveis no seu contexto familiar e social, estando associada prioritariamente a oferta de uma atenção longitudinal nos contextos de vida das pessoas.

Assim, para além das classificações tradicionais de risco, ainda há desafios e necessidade de construção de critérios de vulnerabilidade psicossocial que possam nortear a atuação dos trabalhadores em situações de crise e nas urgências e emergências em saúde mental, de maneira a distinguir populações socialmente desiguais e ofertar cuidados segundo suas necessidades, como é o caso, por exemplo, da população em situação de rua, das populações do campo e da floresta, de indígenas e quilombolas, dentre outros.



Palavra do profissional

O cuidado em situação de crise, urgência e emergência psiquiátrica serão abordados mais detalhadamente no módulo IX.

Pontos de atenção do componente Atenção a Urgência e Emergência

A atenção à crise está associada prioritariamente à oferta de uma atenção longitudinal nos contextos de vida das pessoas. Assim sendo, o acolhimento, a abordagem e o cuidado no território às pessoas em situação de crise, devem ser realizados a partir dos diferentes recursos da Rede de Atenção Psicossocial, respeitando os princípios da Reforma Psiquiátrica. Neste sentido, alguns pontos da RAPS podem ser considerados como estratégicos, por serem mais potentes para intervenções específicas, mediante os recursos que dispõem: CAPS, SAMU, Serviços de Urgência Psiquiátrica, UPAS e Pronto Atendimento.

- a) Segundo a Portaria GM 3088, de 23 de dezembro de 2011, os pontos de atenção da Rede de Atenção às Urgências são: SAMU 192; Sala de Estabilização; Unidade de Pronto Atendimento 24 horas; As Portas Hospitalares de Atenção à Urgência/Pronto-socorro; Unidades Básicas de Saúde; entre outros. Tais serviços são responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011a).
- b) Os Centros de Atenção Psicossocial realizam o acolhimento e o cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental, seja ele decorrente ou não do uso de *crack*, álcool e outras drogas, devendo, nas situações que necessitem de internação ou de serviços residenciais de caráter transitório, articular e coordenar o cuidado (BRASIL, 2011a).

Para que os diferentes pontos da rede produzam efetividade, é necessário o desenvolvimento de estratégias como matriciamento e regulação da rede, que facilitem a articulação entre os mesmos e garantam o funcionamento em rede com o devido compartilhamento de responsabilidades.

IV Atenção Residencial de Caráter Transitório

A Atenção Residencial de Caráter Transitório, como componente da RAPS, tem como objetivo oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo. O serviço deverá garantir os direitos de moradia, educação e convivência familiar e social, com tempo de permanência de cada usuário previsto no Projeto Terapêutico Singular (BRASIL, 2011a).

Pontos de atenção do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório

a) Unidade de Acolhimento (UA)

A Unidade de Acolhimento é um ponto de atenção que oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento 24 horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório. O tempo de permanência na unidade é de até seis meses. O acolhimento neste ponto de atenção será definido exclusivamente pela equipe do CAPS de referência que será responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular do usuário, considerando a hierarquização do cuidado, priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde (BRASIL, 2011a).

As Unidades de Acolhimento estão organizadas nas seguintes modalidades:

- Unidade de Acolhimento Adulto: destinados a pessoas que fazem uso do *crack*, álcool e outras drogas, maiores de 18 (dezoito) anos.
- Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil: destinadas a adolescentes e jovens (de 12 até 18 anos completos) que fazem uso do *crack*, álcool e outras drogas.

Este serviço foi instituído pela Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012a), para pessoas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas.

A UA desenvolve várias atividades de acordo com o Projeto Terapêutico Singular (PTS), tais como: acolhimento humanizado, com estímulo à grupalização e socialização; desenvolvimento de ações que garantam a integridade física e mental e de intervenções que favoreçam a adesão ao tratamento, visando à interrupção ou redução do uso de *crack*, álcool e outras drogas; acompanhamento psicossocial ao usuário e sua família; atendimento psicoterápico e de orientação; atendimento em grupos; oficinas terapêuticas; atividades sociofamiliares, comunitárias e de reinserção social; articulação com a rede intersetorial, especialmente com a assistência social, educação, justiça e direitos humanos, visando à reinserção social, familiar e laboral, como preparação para a saída; articulação com programas culturais, educacionais e profissionalizantes, de moradia e de geração de trabalho e renda; saídas programadas e voltadas à completa reinserção do usuário, considerando suas necessidades, com ações articuladas e direcionadas à moradia, ao suporte familiar, à inclusão na escola e à geração de trabalho e renda.



Saiba mais

Veja os detalhes na Portaria nº 121, de 26 de janeiro de 2012, disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html>.

b) Serviços de Atenção em Regime Residencial

Os Serviços de Atenção em Regime Residencial, dentre os quais também estão consideradas as Comunidades Terapêuticas, são serviços de saúde destinados a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses, para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Estes serviços são regulamentados através da Portaria nº 131/12.



Saiba mais

Veja os detalhes na Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012, do Ministério da Saúde/ BRASIL, que institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial no Diário Oficial da União, Brasília, DF. Disponível no site: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html>.

Os serviços de Atenção em Regime Residencial, assim como em outras unidades de saúde, devem funcionar de forma articulada com a Atenção Básica, que apoia e reforça o cuidado clínico geral dos seus pacientes e com o CAPS que é responsável pela indicação do acolhimento, pelo acompanhamento especializado durante este período, pelo planejamento da saída e pelo seguimento do cuidado. Bem como, participar de forma ativa da articulação intersetorial para promover a reinserção do usuário na comunidade (BRASIL, 2011a).

Os projetos técnicos elaborados pelas unidades que oferecem cuidados voltados à atenção em regime residencial estão embasados nas seguintes diretrizes de acordo com artigo 6º da portaria 131/2012 (BRASIL, 2012b):

- Respeitar, garantir e promover os direitos do residente como cidadão;
- Ser centrado nas necessidades do residente, em consonância com a construção de sua autonomia e reinserção social;

- Garantir ao residente o acesso a meios de comunicação;
- Garantir o contato frequente do residente com a família, desde o início da inserção na entidade;
- Respeitar a orientação religiosa do residente, sem impor e sem cercear a participação em qualquer tipo de atividade religiosa durante a permanência na entidade;
- Garantir o sigilo das informações prestadas pelos profissionais de saúde, familiares e residentes;
- Inserção da entidade na Rede de Atenção Psicossocial, em estreita articulação com os CAPS, a Atenção Básica e outros serviços pertinentes;
- Permanência do usuário residente na entidade por no máximo seis meses, com a possibilidade de uma só prorrogação por mais três meses, sob justificativa conjunta das equipes técnicas da entidade e do CAPS de referência, em relatório circunstanciado.

Além disso, assim como em outras unidades de saúde da Rede de Atenção Psicossocial, o Projeto Terapêutico Singular deverá ser desenvolvido no serviço de saúde de atenção em regime residencial, com o acompanhamento do CAPS de referência, da Equipe de Atenção Básica e de outros serviços socioassistenciais, conforme as peculiaridades de cada caso.

No entanto, é importante salientar que o CAPS de referência permanece responsável pela gestão do cuidado e do Projeto Terapêutico Singular durante todo o período de permanência do paciente residente no serviço de atenção em regime residencial. Desse modo, a equipe técnica do CAPS de referência acompanhará o tratamento do usuário residente por meio das seguintes medidas de acordo com o artigo 17 da Portaria 131/2012 (BRASIL, 2012b):

I - contato, no mínimo, quinzenal entre o usuário e a equipe técnica do CAPS, por meio de atendimento no próprio CAPS ou visita à entidade prestadora, com o registro de todos os contatos em prontuário;

II - realização do primeiro contato entre o usuário residente e a equipe técnica em até 02 (dois) dias do ingresso no serviço de atenção em regime domiciliar;

III - continuidade no acompanhamento dos familiares e pessoas da rede social do residente pela equipe técnica do CAPS, com a realização de no mínimo um atendimento mensal, domiciliar ou no próprio CAPS, e/ou com a participação em atividades de grupo dirigidas;

IV - contato no mínimo quinzenal entre a equipe técnica do CAPS de referência e a equipe do serviço de atenção em regime residencial, por meio de reuniões conjuntas registradas em prontuário.

Ressalta-se que a atual Política Nacional de Saúde Mental incentiva estes serviços desde que toda e qualquer entidade ou instituição na Rede de Atenção Psicossocial do SUS seja orientada pela adesão aos princípios da reforma psiquiátrica, em especial no que se refere ao não isolamento de indivíduos e grupos populacionais. Portanto, a implantação desses serviços deve se organizar, realmente, de forma articulada com a Rede de Atenção Psicossocial e Rede de Apoio Social e familiar das pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.



Saiba mais

Brasil. Estude um pouco mais sobre este tema, lendo a Resolução nº 448 de 06 de outubro de 2011 - Conselho Nacional de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011f. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2011/prt0448_06_10_2011.html>

V Atenção Hospitalar

A Atenção Hospitalar auxilia na intensificação, ampliação e diversificação das ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde, preservação da vida, tratamento, redução dos riscos e danos associados ao consumo de substâncias psicoativas, bem como, ampliação do acesso ao tratamento hospitalar às pessoas com transtorno mental e com necessidades decor-

rentes do uso de crack, álcool e outras drogas de acordo com a portaria 148/2012 (BRASIL, 2012c).

Os serviços oferecem internações de curta duração, até a estabilidade clínica do usuário, respeitando as especificidades de cada caso. São adotados protocolos técnicos para o manejo terapêutico dos casos e estabelecimento de fluxos entre os pontos de atenção da RAPS, Rede de Atenção às Urgências e o sistema de regulação. A estratégia de redução de danos é também importante ferramenta como norteadora de projetos terapêuticos singulares, pactuados nos pontos de atenção da RAS (BRASIL, 2012c).

A articulação entre a Atenção Hospitalar com outros pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial é fundamental para continuidade do tratamento, considerando perspectiva preventiva para outros episódios de internação (BRASIL, 2012c).

Pontos de atenção do componente Atenção Hospitalar

a) Enfermaria Especializada

A Enfermaria Especializada para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas em Hospital Geral, oferece tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, *crack* e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas. O cuidado ofertado deve estar articulado com o Projeto Terapêutico Singular desenvolvido pelo serviço de referência do usuário e a internação deve ser de curta duração até a estabilidade clínica.

O acesso aos leitos neste ponto de atenção deve ser regulado com base em critérios clínicos e de gestão por intermédio do CAPS de referência. No caso do usuário acessar a rede por meio deste ponto de atenção, deve ser providenciada sua vinculação e referência a um CAPS, que assumirá o caso.

A equipe que atua em enfermaria especializada em saúde mental de Hospital Geral deve ter garantida composição multidisciplinar e modo de funcionamento interdisciplinar (BRASIL, 2011a).

b) Serviço Hospitalar de Referência

O Serviço Hospitalar de Referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas oferece suporte hospitalar, por meio de internações

de curta duração. Para usuários de álcool e/ou outras drogas, em situações assistenciais que evidenciem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica, sempre respeitadas às determinações da Lei nº 10.216/01 (BRASIL, 2001), e sempre acolhendo os pacientes em regime de curtíssima ou curta permanência. Funciona em regime integral, durante 24 horas diárias, nos sete dias da semana, sem interrupção da continuidade entre os turnos.

Em nível local ou regional, compõe a rede hospitalar de retaguarda aos usuários de crack, álcool e outras drogas, observando o território, a lógica da redução de danos e outras premissas e princípios do SUS (BRASIL, 2011a).

VI Estratégias de Desinstitucionalização

As Estratégias de Desinstitucionalização constituem-se por iniciativas que visam garantir:

Às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social (BRASIL, 2011a).

O Relatório de Gestão (2007-2010) - “Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica” demonstra que a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) tem como uma das suas principais diretrizes a reestruturação da assistência hospitalar psiquiátrica, objetivando uma redução gradual, pactuada e programada dos leitos psiquiátricos. Esta reestruturação acontece pela priorização da redução de leitos em hospitais especializados com baixo desempenho na avaliação de qualidade assistencial (através do PNASH/ Psiquiatria - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares) e hospitais de grande porte (PRH - Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar, iniciado em 2004) (BRASIL, 2011c).

No período de 2003 a 2012, essa reestruturação da assistência hospitalar psiquiátrica aconteceu num processo coordenado e pactuado. Permitiu que a redução do número de leitos e de hospitais psiquiátricos fosse associada com a construção e expansão progressiva de uma rede de atenção aberta, diversificada e inserida na comunidade; com base estratégica nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos, ações de saúde mental na atenção básica e com o Programa De Volta para Casa e programas de inclusão social pelo trabalho. Nesse sentido, ao mesmo tempo em que leitos de baixa qualidade foram gradualmente fechados, um processo responsável de desinstitucionalização de pacientes há longo tempo internados teve início, com a implantação de Residências Terapêuticas e a inclusão de beneficiários no Programa de Volta para Casa, programa criado em 2003.

Além disso, para alcançar a transformação do modelo assistencial, a redução gradual, pactuada e programada de leitos psiquiátricos no país foi consolidada seguindo dois mecanismos complementares:

Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/ Psiquiatria (PT GM 251, de 31 de janeiro de 2002)

Com o objetivo de melhorar a qualidade dos Serviços Hospitalares prestados aos usuários do SUS, respeitando os princípios de universalidade e da equidade, o Ministério da Saúde publicou em 2002 a portaria que cria o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH/Psiquiatria.

O PNASH consiste na avaliação anual de todos os hospitais da rede do SUS mediante aplicação de quatro formulários padronizados para cada unidade hospitalar, divididos em:

- Avaliação técnica;
- Avaliação para usuários de Ambulatório;
- Avaliação para usuários de Internação;
- Avaliação para usuários de Emergência.

O programa determinou a realização de vistorias em todos os hospitais psiquiátricos públicos e conveniados ao SUS em 2002, 2003/2004 e 2005/2006 (São Paulo), 2007/2009 e 2012, com término previsto para 2013. Os resultados dos processos avaliativos já aplicados indicaram os hospitais que apresentavam os mais sérios problemas na qualidade de assistência, tais como: problemas referentes ao projeto terapêutico dos pacientes e da instituição, aos aspectos gerais da assistência (longo tempo de permanência, número alto de pacientes longamente internados) e aos aspectos gerais dos pacientes (limpeza, calçados e roupas, entre outros). O PNASH/Psiquiatria gera uma pontuação que, cruzada com o número de leitos do hospital, permite classificar os hospitais psiquiátricos em quatro grupos diferenciados: aqueles de boa qualidade de assistência; os de qualidade suficiente; aqueles que precisam de adequações e devem sofrer nova vistoria; e aqueles de baixa qualidade, indicados para o descredenciamento pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002b).

Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS (PRH) – (PT GM 52, de 20 de janeiro de 2004)

A principal estratégia do Programa é promover a redução progressiva e pactuada de leitos a partir dos macro-hospitais (hospitais com mais de 600 leitos) e hospitais de grande porte (com 400 a 600 leitos psiquiátricos). Assim, são componentes fundamentais do programa a redução do peso assistencial dos hospitais de maior porte, na, que tendem a apresentar assistência de baixa ou péssima qualidade. Isso se deu sempre por meio da pactuação entre os gestores do SUS, os hospitais e as instâncias de controle social.



Compartilhando

Assim, procura-se conduzir o processo de mudança do modelo assistencial de modo a garantir uma transição segura, na qual a redução dos leitos hospitalares possa ser planejada e acompanhada da construção simultânea de alternativas de atenção com foco no modelo comunitário. Para tanto, são definidos no Programa PRH os limites máximos e mínimos de redução anual de leitos para cada classe de hospitais (definidas pelo número de leitos existentes, contratados pelo SUS).

Assim, todos os hospitais com mais de 200 leitos devem reduzir, no mínimo, a cada ano, 40 leitos. Os hospitais entre 320 e 440 leitos podem chegar a reduzir 80 leitos ao ano (mínimo: 40), e os hospitais com mais de 440 leitos podem chegar a reduzir, no máximo, 120 leitos ao ano. busca-se a redução progressiva do porte hospitalar, de modo a situarem-se os hospitais, ao longo do tempo, em classes de menor porte (até 160 leitos). A redução de leitos em hospitais psiquiátricos e a mudança do perfil dos hospitais, que hoje são majoritariamente de pequeno porte, são consequências diretas da aplicação destes dois programas instituídos em 2002 (PNASH/Psiquiatria) e 2004 (PRH) (BRASIL, 2004c).

A desinstitucionalização, apesar de dificuldades que precisam ser superadas, como o ritmo menor que o desejável de incorporação de egressos ao Programa De Volta para Casa, prosseguiu em todos os municípios onde há hospitais psiquiátricos. A contrapartida de abertura de serviços em hospitais gerais e CAPS III precisa ser fortalecida, e permanece como um dos desafios mais importantes a serem adequadamente superados.

Pontos de atenção do componente Estratégias de Desinstitucionalização

a) Serviços Residenciais Terapêuticos

Os serviços de Residências Terapêuticas são moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros.

b) Programa de Volta para Casa

O Programa de Volta para Casa é uma política pública de inclusão social que visa contribuir e fortalecer o processo de desinstitucionalização, instituída pela Lei 10.708/03 (BRASIL, 2003b) que prevê auxílio reabilitação para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência (BRASIL, 2011a).

O Programa demonstrou ser essencial para o processo de desinstitucionalização no Brasil e vem se afirmando como uma importante experiência do SUS. O depósito nas contas bancárias dos próprios beneficiários tem um papel estratégico na (re)conquista dos direitos civis da população longamente internada em hospitais psiquiátricos e nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

Em maio de 2007, para avaliar as dificuldades e avanços do Programa, foi realizado o I Seminário Nacional do Programa de Volta para Casa. Atendendo a reivindicação dos participantes do I Seminário Nacional do Programa de Volta para Casa, no ano de 2008 foi reajustado o valor do auxílio reabilitação psicossocial de R\$240,00 para R\$320,00. Apesar dos avanços alcançados nos últimos anos, o número de beneficiários do Programa de Volta para Casa ainda é baixo, pois apenas um terço do número estimado de pessoas internadas com longa permanência hospitalar no Brasil recebe o benefício.

Os processos de desinstitucionalização são complexos, têm um ritmo próprio e ainda enfrentam vários desafios: problemas de documentação dos pacientes, crescimento insuficiente das residências terapêuticas, dificuldades para a redução pactuada e planejada de leitos psiquiátricos e ações judiciais. Além da grande dificuldade para a desinstitucionalização da população de perfil crônico dos Hospitais Psiquiátricos. Fatores como idade, longo tempo de internação e comorbidades demandam serviços de Residências Terapêuticas adaptados e adequados às necessidades dessa população e maior número de cuidadores, o que eleva seus custos (BRASIL, 2011c).

VII Reabilitação Psicossocial

A Reabilitação Psicossocial é compreendida como ações de fortalecimento de usuários e familiares mediante a criação e desenvolvimento de iniciativas articuladas com os recursos do território nos campos do trabalho/economia solidária, habitação, educação, cultura, direitos humanos, que garantam o exercício de direitos de cidadania e a produção de novas possibilidades para projetos de vida. “Reabilitação é um processo que implica abertura de espaços de negociação para o paciente, para sua família, para a comunidade circundante e para os serviços que se ocupam do paciente (...)” (SARACENO, 1999, p. 112).

São exemplos de estratégias de reabilitação psicossocial: iniciativas de geração de trabalho e renda, cooperativas sociais, empreendimentos solidários, centros de convivência e cultura, grupos de teatro, pontos de cultura, moradias solidárias, entre outras iniciativas desenvolvidas nos diversos pontos de atenção da RAPS (CAPS, Atenção Básica, Centros de Convivência e Cultura, Residências Terapêuticas, Hospital Geral, entre outros serviços), na rede intersetorial e em associações de usuários e familiares.



Compartilhando

As estratégias de reabilitação psicossocial deverão ser baseadas na comunidade, contando com o envolvimento dos indivíduos, familiares e profissionais bem como os grupos sociais que a constituem. O que pressupõe o reconhecimento do *habitat*, o fortalecimento e a ampliação da rede social, bem como o apoio e desenvolvimento do trabalho com valor social. O que envolve a contratualidade nos três eixos, entre profissionais e todos os atores do processo de saúde-doença, ou seja, todos os usuários e a comunidade inteira em um processo reconstrução, um exercício pleno de cidadania.

Pontos de atenção do componente Reabilitação Psicossocial

O componente Reabilitação Psicossocial é composto por iniciativas de **geração de trabalho e renda**, por meio de **ações solidárias ou cooperativas sociais**. As ações são de caráter intersetorial destinadas à reabilitação psicossocial, por meio da inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho de pessoas com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas. Tais iniciativas devem articular sistematicamente as redes de saúde e de economia solidária com os recursos disponíveis no território para garantir a melhoria das condições concretas de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social de usuários da rede e seus familiares (BRASIL, 2011a).

A parceria da Política Nacional de Saúde Mental com a Política de Economia Solidária revelou-se vigorosa e promissora, com 640 empreendimentos econômicos solidários de saúde mental, e uma rede articulada de incubadoras, gestores das duas políticas e associações de usuários e familiares.



Saiba mais

Acessando as Portarias e Leis nos sites: Portaria nº 3.088, 23 de dezembro de 2011. <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>>. Portaria nº 3.089 de 23 de dezembro de 2011. <<http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111470-portaria-no-3089-de-23-de-dezembro-de-2011.html>>. Lei nº 10.216, de 06 de Abril de 2001 em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012 em <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111897-122.html>>.

Cabe salientar que os Pontos de Atenção à Saúde são espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular. São exemplos de pontos de atenção à saúde: os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de atenção psicossocial, as residências terapêuticas, entre outras unidades de saúde do SUS que oferecem atendimento de saúde à população. Os hospitais podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde: o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital/dia, entre outros. (BRASIL, 2010a)

Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da rede de atenção à saúde e eles se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam. (BRASIL, 2010a).

1.3 Resumo

Iniciamos a unidade definindo o conceito de Rede de Atenção a Saúde (RAS). Esta é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

Apresentamos a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que oferece uma rede de serviços de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do consumo de crack, álcool e outras drogas. A RAPS tem como componentes e seus pontos de atenção.

- Atenção Básica: Unidade Básica de Saúde; Equipes de Atenção Básica para Populações em Situações Específicas (equipes para consultórios na rua e equipes de apoio aos serviços do componente atenção residencial de caráter transitório) e Centros de Convivência
- Atenção Psicossocial Estratégica: Centros de Atenção Psicossocial;
- Atenção de urgência e emergência: SAMU 192, Sala de Estabilização, Unidade de Pronto Atendimento, Pronto Socorro, Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, UPA 24h;
- Atenção Residencial de Caráter Transitório: Unidade de Acolhimento; Serviços de Atenção em Regime Residencial;
- Atenção Hospitalar: Enfermaria Especializada em Hospitais Gerais; Serviço Hospitalar de Referência;
- Estratégias de Desinstitucionalização: Residências Terapêuticas; Programa de Volta para Casa;
- Reabilitação Psicossocial: empreendimentos solidários e cooperativas sociais.

Veja o resumo no quadro a seguir:

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)	
COMPONENTES	PONTOS DE ATENÇÃO
Atenção Básica	Unidade Básica de Saúde Equipes de Atenção Básica para Populações em Situações Específicas (equipes para consultórios na rua e equipes de apoio aos serviços do componente atenção residencial de caráter transitório) Centros de Convivência
Atenção Psicossocial Estratégica	Centros de Atenção Psicossocial
Atenção de urgência e emergência	SAMU 192 Sala de Estabilização Unidade de Pronto Atendimento Pronto-socorro Unidades Básicas de Saúde Centros de Atenção Psicossocial UPA 24h
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento Serviços de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	Enfermaria Especializada em Hospital Geral Serviço Hospitalar de Referência
Estratégias de Desinstitucionalização	Residências Terapêuticas Programa de Volta para Casa
Reabilitação Psicossocial	Empreendimentos solidários e cooperativas sociais

Fonte: adaptado de Brasil, (2001).

1.4 Fechamento

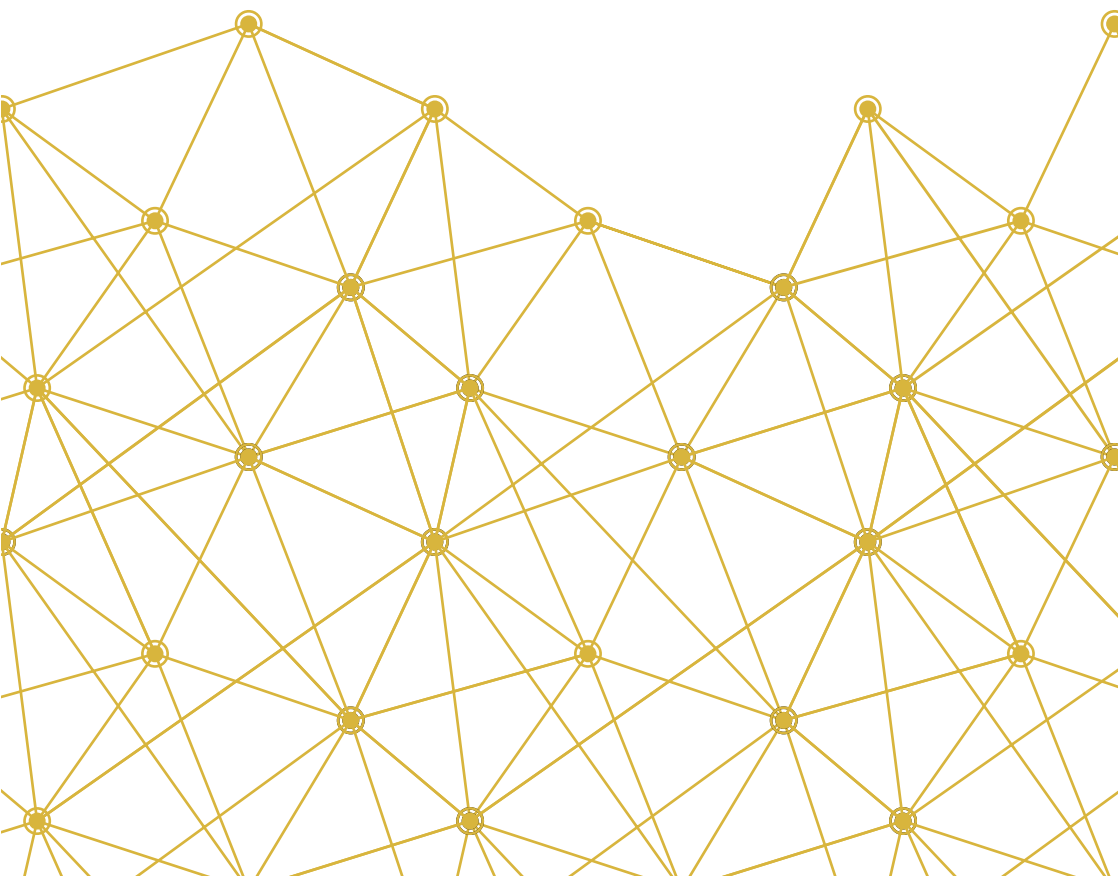
Nesta unidade apresentamos como se dá a organização e as características da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) e como ela se relaciona com outras redes de atenção.

Na próxima unidade será abordado como acontece o cuidado e atuação dos profissionais de saúde nos serviços da rede.

1.5 Recomendação da leitura complementar

CONFERÊNCIA NACIONAL DA SAÚDE MENTAL INTERSETORIAL, 4., 2010, Brasília. **Relatório Final**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; Ministério da Saúde, 2010. 210 p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/refinal_IV.pdf>

UNIDADE 2



Unidade 2 – Cuidado em Atenção Psicossocial

Ao final desta unidade o aluno será capaz de apreender e efetivar as dimensões do cuidado na atenção psicossocial.

2.1 Introdução

Após apresentarmos a RAPS e como ela é constituída, vamos falar sobre o cuidado oferecido nesta rede de serviços de saúde. Nesse cenário, a integralidade na atenção à saúde é ponto importante, pois é definida como um princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), orientando políticas e ações programáticas que respondam às demandas e necessidades da população no acesso à rede de cuidados em saúde, considerando a complexidade e as especificidades de diferentes abordagens do processo saúde-doença e nas distintas dimensões, biológica, cultural e social do ser cuidado (SILVA; SENA, 2008).

Para oferecer o cuidado integral no campo psicossocial, temos como pressuposto para o profissional de saúde o planejamento do modelo assistencial coletivizado, produzido no espaço multiprofissional com qualidade interdisciplinar, a superação da rigidez da especificidade profissional e flexibilidade para gerar o produto de saúde mental compatível com a necessidade da população. Essa posição é coerente com a base teórica para a reorientação do modelo de atenção que afirma a concepção de saúde como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e de promoção de saúde (SILVA; FONSECA, 2005).

Neste contexto, o usuário, sua família e os profissionais dos serviços comunitários atuam em conjunto no cuidado em saúde mental, exigindo articulação não apenas entre os diversos serviços da rede de saúde em seus diferentes níveis de atenção (BANDEIRA; BARROSO, 2005), mas também das pessoas atuantes nesse processo. A demanda de cuidado não se restringe apenas a minimizar riscos de internação ou controlar sintomas. Atualmente, o cuidado envolve também questões pessoais, sociais, emocionais e financeiras, relacionadas à convivência com o adoecimento mental (CARDOSO; GALERA, 2011).

Desse modo, as práticas de atenção psicossocial são ações de cuidado pautadas por uma compreensão ampliada do processo saúde-doença (mental), que remetem a uma realidade biopsicossocial histórica e concreta e que se constitui a partir da integralidade e da cidadania da população (OLIVEIRA, 2007).

Portanto, devemos pensar no cuidado em saúde mental como uma ação que envolva a relação entre os Pontos de Atenção da RAPS, seus profissionais, o usuário e sua família, considerando as particularidades de cada contexto cultural, social e econômico (CARDOSO; GALERA, 2011). Nesse cuidado devem ser consideradas as dimensões: do que é esse cuidado, a quem ou para que é esse cuidado; dos instrumentos/métodos/equipamentos para esse cuidado; finalidade; e, por fim, a dimensão política deste cuidado.

2.2 Dimensões do cuidado na Atenção Psicossocial

Ao estudarmos os seres humanos nos deparamos com indivíduos multidimensionais e complexos (MORIN, 2006), o que contempla os aspectos biológico, psíquico, social, afetivo e racional.

São seres que trazem em si sua individualidade/coletividade, autonomia/dependência/interdependência, que convivem culturalmente com regras, normas, proibições, estratégias, crenças, ideias, valores e mitos, mas que também convivem com desregramentos, pertencentes a uma sociedade que comporta as dimensões histórica, econômica, sociológica e religiosa. Porém, muitas vezes quando realizamos o cuidado, damos atenção apenas aos órgãos, patologias, sinais e sintomas clínicos e, com isso, a relação e interação entre as pessoas ficam prejudicadas (BAGGIO; CALLEGARO; ERDMANN, 2009).

Espera-se que o cuidado seja voltado não só para visão biológica e biomédica, mas que integre as diversas unidades e multiplicidades dos seres. As ações dos profissionais de saúde precisam ser eficazes, contudo, precisam valorizar também a subjetividade do ser humano (BAGGIO; CALLEGARO; ERDMANN, 2009).

Nesta perspectiva, o cuidado também possui várias dimensões a serem consideradas para atender às diferentes necessidades do indivíduo. São estas dimensões que norteiam todo o planejamento deste cuidado, sendo de fundamental importância tanto na atualização das políticas públicas de saúde da atenção psicossocial, quanto na qualificação de profissionais atuantes na área. (BAGGIO; CALLEGARO; ERDMANN, 2009).

Discutirmos as dimensões do cuidado na atenção psicossocial não é simples, pois este campo vem se (re)construindo diante das transformações

ocorridas pelas tensões entre os paradigmas manicomial e psicossocial (WETZEL et al., 2011). Na ótica do paradigma manicomial, o indivíduo era visto como uma “doença mental” que ameaçava a sociedade oferecia risco à sua integridade e do grupo que o cercava. Ele devia ser excluído do convívio social, tendo como única forma de tratamento a internação (ROTELLI, 1990). Já na proposição do paradigma psicossocial, o indivíduo é considerado uma pessoa com transtorno mental e pertencente a um grupo social (família e/ou comunidade), em que são consideradas as dimensões **biopsicosocioculturais** na atenção em saúde mental (COSTA-ROSA, 2000).

A partir de Morin (2000), entende-se o conceito Biopsicosociocultural com uma nova forma de perceber o ser humano, em sua complexidade (vida, linguagem, sociedade e aspectos culturais) e sua interligação com o mundo.

Com o advento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, o cuidado deixa de ser pautado na internação e exclusão dos indivíduos e passa a construir práticas de cuidados voltados às pessoas com transtornos, a partir de serviços de atendimento comunitário que contemplem a vida concreta dos sujeitos (AMARANTE, 1996). Durante as ações devemos atentar para não transformar as pessoas em objeto, incapaz de estabelecer relações com o outro, e sim considerar todas as suas dimensões, levando em conta suas alterações de comportamento e estado de saúde, contexto cultural e convívio social (WETZEL et al., 2011).

A mudança do foco, do transtorno mental para o indivíduo, permite o desenvolvimento de novos saberes e práticas no campo da psiquiatria e saúde mental, com atuação em diferentes pontos de atenção e profissionais de saúde, ocasionando a desconstrução do modelo manicomial e fortalecimento do modelo de reabilitação psicossocial voltado para serviços comunitários (WETZEL et al., 2011).

Desse modo, o processo de trabalho em saúde é caracterizado pela ação de cuidar, que deve ser oferecida à população através de instrumentos que incluam modo, meios e recursos utilizados numa determinada atividade. Entendemos que o cuidado em saúde mental se baseia em algumas premissas (ALVES; GULJOR, 2004):

- Liberdade em negação ao isolamento: o cuidado implica em mobilizar a capacidade do sujeito em operar suas próprias escolhas. O profissional promove o potencial do sujeito para estabelecer suas próprias normatizações, que surgem de sua história singularizada e plural.

- Integralidade em negação a seleção: o cuidado é norteador pela (re) construção de projetos de vida, em oposição, as intervenções voltadas para remissão de sintomas. Cuidar tem a perspectiva de um contexto amplo associado à história do sujeito.
- Enfrentamento do problema e do risco social em contraposição ao modelo de diagnóstico: a condução do processo terapêutico se dá a partir da existência do sujeito em sofrimento psíquico. O conceito de risco social permite uma visão ampliada do sujeito, seus momentos de crise, e considera as redes onde este se insere. A complexidade é fator determinante para o cuidado em saúde mental, complexidade esta inerente a condição do sofrimento psíquico. O cuidado em saúde mental está incluído sobre a noção de direitos humanos, pois há de se respeitar as expressões diferentes da norma sócio-cultural local.
- Cada situação está dentro de uma singularidade e o objetivo é proporcionar a autonomia: O cuidado em saúde mental para pessoas em sofrimento psíquico grave tem como desafio o aumento do poder de contratualidade e de trocas sociais. A qualidade do cuidado é a incorporação permanente do papel de agenciador. Vale a premissa contrária de encaminhar simplesmente, o que vale é o princípio da tomada de responsabilidade e a mediação das relações do sujeito com a vida.

O cuidado em saúde considera o potencial emancipatório a partir do momento que se é capaz de ajudar os sujeitos envolvidos na relação terapêutica a construir projetos singulares que contribuam para a melhoria da qualidade de vida (AMARANTE, 2003).

Além disso, é essencial compreender e reconhecer a subjetividade? Para o desenvolvimento da enfermagem e processo de cuidado mais humanizado. Este reconhecimento implica compreender as dimensões do cuidado de enfermagem, como a instrumental e a expressiva (PERSEGONA; LACERDA; ZAGONE, 2007).

As dimensões instrumentais e expressivas do cuidado de enfermagem possuem características peculiares que, ao mesmo tempo, as tornam diferentes entre si, mas que juntas contribuem com a prática profissional do enfermeiro. Mesmo diferentes, podem ser articuladas, complementando-se de acordo com as necessidades observadas e expressadas pelo outro, numa relação recíproca e única, como a compreensão do ser humano como corpo, mente e espírito (PERSEGONA; LACERDA; ZAGONE, 2007).

A **dimensão instrumental** do cuidado é caracterizada pelas ações físicas desempenhadas, relacionadas a papéis que atendam às expectativas sociais, que incluem processos de cuidar baseados nos saberes e fazeres. Di-

ferentemente desta, a **dimensão expressiva** do cuidado de enfermagem é de natureza emocional, que resulta de interações que permitem ao outro ser humano expressar seus sentimentos relacionados à experiência ou vivência, incluindo a intuição e a expressão da subjetividade (ROY; ANDREWS, 2001).

Estas duas dimensões do cuidado são consideradas componentes importantes no julgamento clínico e na tomada de decisões. Elas podem resultar, portanto, em uma melhoria da qualidade das ações de enfermagem na medida em que são reconhecidas e valoradas.

2.3 Processo de trabalho: núcleo e campo no trabalho interdisciplinar

O campo psicossocial tem como pressuposto a superação da rigidez da especificidade profissional e flexibilidade para gerar o cuidado compatível com a **necessidade do usuário**. Dando coerência para a reorientação do modelo de atenção à saúde como processo e não como ausência de doença, com produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e de promoção de saúde. Pressupondo ação integrada da equipe de saúde, solidária, acolhedora, cooperativa, não hierarquizada, reflexiva e colaborativa no sentido de oferecer ao usuário um cuidado compatível com o viver digno em comunidade tal qual a população em geral (SILVA; FONSECA, 2005).

Associado às dimensões do cuidado, como acabamos de ver, para possibilitar a efetivação de um cuidado em saúde mental voltado para a reabilitação psicossocial das pessoas com transtornos mentais são necessárias mudanças nos processos de trabalho dos profissionais de saúde, sobretudo com relação a (re)organização da prática da equipe multidisciplinar que atua nesses serviços (PEREIRA; MACHADO; NASCIMENTO, 2008).

O processo de trabalho deve propiciar a reabilitação psicossocial em ações **multi, interdisciplinares e transversais**, considerando elementos da subjetividade do usuário como, autonomia, autoestima, autocuidado, identidade pessoal e social (JORGE et al., 2006). Para isso, é indispensável à utilização de dispositivos e ferramentas como acolhimento, vínculo, construção de autonomia, corresponsabilização e a própria resoluibilidade (JORGE et al., 2010).

Pluridisciplinariedade e multidisciplinariedade referem-se a duas ou mais disciplinas que se relacionam ao olhar de um mesmo objeto de vários ângulos. Há uma associação de áreas com um objeto comum, sem que cada uma tenha que modificar significativamente sua maneira de compreender as coisas. Interdisciplinariedade e transdisciplinariedade implicam uma articulação, uma interpenetração dessas disciplinas.

Contudo, a equipe interdisciplinar é definida como um grupo de profissionais de várias especialidades e formações, unidos por um objetivo comum, que compartilham responsabilidades para executar tarefas clínicas e outras do serviço de saúde onde estão inseridos. Os integrantes dessa equipe, por serem possuidores de conhecimentos técnicos particulares, são responsáveis por tomar decisões individuais que juntas visem um propósito comum.

Para alcançar esse objetivo comum, é essencial que os profissionais se reúnam para comunicar, colaborar e unir conhecimentos, a partir do que são delineadas ações e decisões futuras (SCHERER; CAMPOS, 1997). A interdisciplinaridade, portanto, exige comunicação, o que implica superar os termos especializados, fechados, dando origem a uma linguagem única para expressar os conceitos e as contribuições das várias disciplinas, o que vai possibilitar a compreensão e os intercâmbios (BRASIL, 2004a).

Sobre este desafio de garantir espaços coletivos permanentes e sistemáticos, assim como sustentar as diferenças em um mesmo campo, superar termos especializados, fechados e promover uma linguagem comum, a atuação do gestor local é fundamental e decisiva. Cabe a este, particularmente, assumir esta responsabilidade como parte de sua tarefa técnico-política junto à equipe.

A proposta é de um trabalho interdisciplinar que não pretende abolir as especificidades dos vários profissionais e, sim, continuar a realizar as ações que lhes são próprias, mas que eles executem também aquelas que são comuns, valorizando-se aí a utilização de diferentes técnicas e a integração de diferentes saberes (ROCHA, 2005).

No cenário dos Pontos de Atenção da Rede de Atenção Psicossocial, os profissionais possuem diversas formações, de níveis superior e médio e integram uma equipe multiprofissional. Dentre os profissionais de nível superior estão enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física ou outros necessários para as atividades oferecidas nos serviços. E os profissionais de nível médio podem ser técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores e artesãos (BRASIL, 2004a).

A lógica que direciona o conceito ampliado de saúde requer do profissional não apenas habilidade, atitude e conhecimento, mas a busca permanente pelo bem-estar biopsicossocial, onde as ações de saúde visam auxiliar a pessoa em sofrimento a enfrentar adequadamente as adversidades provenientes dos vários ambientes de convívio. Para tal, é preciso que o

profissional conheça a si próprio, despendo-se de preconceitos, dispondo-se a ouvir sem criticar. É requerido que o profissional seja empático de forma a utilizar-se da capacidade de colocar-se no lugar do outro com autenticidade e coerência no contexto das relações humanas. E ainda, buscar e articular saberes e diferentes recursos para o desenvolvimento desse cuidado, que deve ser pautado no relacionamento interpessoal (MARTINS; GONÇALVES, 2007).

As equipes devem organizar-se para acolher os usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, trabalhar nas atividades de reabilitação psicossocial, compartilhar do espaço de convivência do serviço e poder equacionar problemas inesperados e outras questões que porventura demandem providências imediatas, durante todo o período de funcionamento da unidade. O papel da equipe multiprofissional é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico (BRASIL, 2004a).

Os profissionais da Atenção Psicossocial passam a ocupar-se dos sujeitos que precisam de tratamento e com a qualidade do cuidado oferecido. Espera-se que os profissionais trabalhem enfatizando as partes mais saudáveis e as potencialidades do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva oferecendo suportes vocacionais, sociais, recreacionais, residenciais, educacionais, ajustados às demandas singulares de cada indivíduo (AMARANTE, 1999; FUREGATO, 2000; PITTA, 2001). A ação terapêutica engloba todos os profissionais e todos os atores do processo saúde-doença, ou seja, as pessoas em sofrimento mental, familiares e a comunidade inteira (SARACENO, 1999).

O trabalho é algo a ser construído, em cada equipe, de acordo com suas peculiaridades. Os serviços especializados de Saúde Mental, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), por exemplo, de acordo com as políticas da Atenção Psicossocial, devem oferecer variadas atividades como: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros), em grupo (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros), oficinas terapêuticas, atenção à família, visitas e atendimentos domiciliares e atividades comunitárias enfocando a integração social do usuário na família e na comunidade (ROCHA, 2005).

O cuidado, nesses dispositivos, compete a todos e o projeto terapêutico singular deve ser discutido em conjunto, por toda a equipe. Isso contribui para que as relações entre os profissionais se construam e se fortaleçam, ao se responsabilizar em conjunto, com respeito, intimidade e cumpli-

dade, pela cogestão do cotidiano. Nas reuniões diárias, a equipe se conhece e aprende a trabalhar junto, trabalhando as questões que surgem da situação nova, não hierarquizada, própria desse trabalho interdisciplinar (ROCHA, 2005).

Além disso, deve haver a busca pela integração permanente com as equipes da rede básica de saúde e dos serviços especializados em saúde mental em seu território, pois têm um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2004a).

Um fator importante a ser considerado, nessa questão, é a dificuldade própria do trabalho interdisciplinar, que implica perceber até que ponto manter a especificidade de suas atribuições, de seu saber, e o quanto devemos trabalhar em conjunto. A proposta de trabalho multidisciplinar direciona-se no sentido contrário ao movimento que se observa na área da saúde, de maneira geral, na qual a especialização tem sido a opção, face ao imenso crescimento dos conhecimentos e das formas de intervenção. Essa dificuldade, certamente, refere-se a todos os profissionais da equipe, no entanto, direcionei-me à área a qual conheço a enfermagem, considerando suas especificidades (ROCHA, 2005).

2.4 O Enfermeiro nas equipes de atenção

O profissional de enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões, atuando na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais. Ele participa como integrante da equipe de saúde, das ações que visem satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde e ambientais que garantam a universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde (COREN, 2009).

Na Atenção Psicossocial, assim como em outras áreas, a atuação do profissional de enfermagem deve ser pautada no cuidado integral, contínuo e participativo de programas realizados no território. Promovendo a saúde individual ou em grupos, detectando, o mais rápido possível, as necessidades da assistência de enfermagem, buscando apoio de qualidade no território e não se limitando aos recursos provenientes da Estratégia de Saúde da Família. (BRASIL, 2005a, 2007, 2011b).

De acordo com o Código de Ética de Enfermagem, o enfermeiro deve ter como preocupação primordial a assistência no cuidado ao ser humano como um todo e sua coletividade. É assegurada uma atenção integral a todo ser humano, conforme é preconizado na Lei Federal 10.216, de 06 de abril de 2001 (BRASIL, 2001), que protege toda pessoa em sofrimento mental, sem discriminação de qualquer gênero ou espécie, suprindo todas as suas necessidades, respeitando-o e acolhendo-o com igualdade.

Igualmente a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990) afirma que saúde é direito fundamental do ser humano, implicando na prevenção, a autonomia e na defesa da saúde, sua integralidade física e moral, regulando em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executadas isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.



Saiba mais

A Lei 8080/90 regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Saiba mais em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>

O enfermeiro no cuidado de enfermagem em saúde mental precisa garantir o tripé: acolhimento, tratamento e inclusão social (LOYOLA, 2008, p. 68). Para a enfermagem, alguns pressupostos orientam a clínica do cuidado em saúde mental (LOYOLA, 2008):

- Escuta qualificada: O sujeito quando fala de si pode apresentar outro significado, aproximando-se mais da ideia de diferentes formas de ser, do que da ideia de não significado nas falas.
- Cuidado *a posteriori*: Este é construído com o sujeito, é um cuidado pós demanda.
- Secretariar a loucura: Acompanha e registra a subjetividade convivendo com a diferença.
- Propor a discussão de todo ato violento: Fazer intervenções para construir limites como problema lógico e não como um problema moral.
- Trata-se de um *plus* da enfermagem fundamental: Considera-se que as pessoas tem que ser cuidadas (alimentar, dormir, banhar, vestir) para preservar sua dignidade.
- Cuidado em atenção centrífuga: Incorpora os afetos do território, os amigos, a família, considerando um cuidado includente.
- Levando em consideração estas premissas, associada a referências teóricas adequadas a Reforma Psiquiátrica, o enfermeiro vai construindo seu núcleo de saber-fazer e pode atuar nos pontos da RAPS de forma interdisciplinar.
- Para a enfermagem o objeto do cuidado é o sujeito em sofrimento psíquico contextualizado com o mundo, assim a disposição para o cuidado visa acolher as demandas do sujeito e colocar-se como mediador de suas circunstâncias.
- As questões de sofrimento psíquico precisam ser identificadas em toda rede de serviços, inclusive na atenção primária, não sendo necessário apenas o especialista para reconhecê-las. É importante que as questões da subjetividade sejam valorizadas pelos profissionais de saúde, e que os instrumentos de intervenção do campo da saúde mental não sejam somente anestésicos sociais (ALVES; GULJOR, 2004).
- O desafio para o cuidado de enfermagem em saúde mental não é de hoje, é uma constante. É uma (re)construção diária, mas baseado na integralidade, na responsabilidade territorial e na atitude de fazer a diferença na vida das pessoas. O dia a dia exige que a invenção seja produzida, pois na saúde mental a rotina enrijece a criatividade.

Contudo, para que o cuidado seja abrangente, verifica-se a necessidade de integração das ações da Saúde Mental e da Atenção Básica, visto que toda e qualquer doença possui seu sofrimento subjetivo; então todo problema de saúde também é de saúde mental e toda saúde mental é sempre produção da saúde. Dessa forma, para almejar a atenção integral o enfermeiro da Atenção Básica deve buscar a multidisciplinaridade, a interdisciplinaridade, os recursos materiais e os recursos da comunidade (BRASIL, 2005a).

Desse modo, devem ser utilizadas variadas estratégias com o objetivo de resolver os problemas de saúde pública, investindo cada vez mais na formação de vínculos com a comunidade. Devem acolher e responsabilizar-se da melhor forma possível, dentro de cada realidade, pelas diversas formas de sofrimentos que acometem a população de modo geral (BRASIL, 2005a).

O enfermeiro, na Atenção Básica, tem como atribuições: planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar, priorizando a assistência integral, levando em conta as reais necessidades da população. Esse crescimento vem ampliando o acesso da população, inclusive de grupos sociais até então excluídos, aos serviços de atenção básica de saúde e organizando a demanda aos demais níveis de atenção à saúde.

Do mesmo modo que na Atenção Básica, o enfermeiro da Atenção Psicossocial deve prestar um atendimento integral, englobando o indivíduo e sua família, suprimindo suas necessidades primárias ao se tratar da saúde mental, em qualquer nível de atenção à saúde. Em cada lugar, existe uma realidade diferente para cada família. A equipe, ao conhecer tal realidade, aproveita sua proximidade com a população e organiza em conjunto suas estratégias de atenção e acolhimento a família (JARDIM et al., 2009).



Compartilhando

É fundamental que o enfermeiro participe das discussões sobre o processo de reforma psiquiátrica, aprenda a dialogar com discursos diversos sobre a loucura, saiba conviver com a razão e a paixão. Procure multiplicar as perguntas e sair dos limites confortáveis das verdades únicas já produzidas, que seja, sobretudo, crítico, inventivo para trabalhar com a pessoa em sofrimento mental.

Com a criação de novos espaços de trabalhos, o enfermeiro também é responsável por uma assistência inovadora e promissora em suas práticas. Partindo dessa nova realidade, o enfermeiro participa de atividades grupais; grupos de estudos; reuniões de famílias e de equipe; visitas domici-

liares e excursões; e escuta, acolhe e estabelece vínculos com o cliente. As responsabilidades com o cuidado da pessoa em sofrimento mental aumentam, pois o enfermeiro tem que se permitir viver uma nova proposta que envolve convivência afetiva com o usuário/gente, aquele que precisa não só de uma prática de técnicas mecânicas, mas, acima de tudo, de técnicas inovadoras e humanizadas (ERDMANN, 1996).

A produção de nova cultura, de novas relações entre o enfermeiro e a pessoa em sofrimento mental, deixa de ser direcionada para a cura do doente e passa para a invenção de saúde, a produção de vida, de subjetividade e de afetividade e a construção de cidadania.

A cidadania é entendida não só como um conjunto de direitos sociais, jurídicos e políticos do cliente com transtorno mental, também compreendida como o direito desse sujeito de ser diferente dos demais e de ser respeitado em sua diversidade.

Essa nova assistência proporciona o direito a um tratamento de qualidade, tendo como eixo norteador o aumento do grau de sua autonomia e liberdade. Dessa forma, a prática cotidiana da enfermagem pode configurar-se como um projeto de vida, no sentido do reconhecimento de novos sujeitos de direito, de novos direitos para os sujeitos (ERDMANN, 1996).

Na realidade, este trabalho é um convite à abertura para novas reflexões, novas propostas, novas atitudes. É muito mais um ponto de partida do que de chegada. O conhecimento, ao invés de produzir certezas é, notadamente, uma estratégia de desmontá-las. O conhecimento vai-se construindo e nunca se esgota, sendo uma aventura difícil e incerta, um desafio contínuo. Talvez o momento ainda não seja o de superar a crise, mas o de suportá-la de forma a possibilitar pensar as incertezas. O esforço será para aprender a pensar, saber pensar e inventar novos saberes e práticas de cuidar em enfermagem (ERDMANN, 1996).

2.5 Os técnicos/auxiliares de enfermagem nas equipes de atenção

Do mesmo modo, os auxiliares e técnicos de enfermagem também atuam na equipe promovendo o conforto do paciente, atendendo suas necessidades básicas, prevenindo agravos. No entanto, eles devem ter atenção aos detalhes relativos ao doente, pois com a proximidade do cuidado podem perceber alterações de comportamento que outros membros da equipe, mesmo tendo uma formação mais aprofundada, podem não ter captado. Assim, são indispensáveis as observações dos Técnicos e Auxiliares de enfermagem, como as de qualquer outro profissional (BRASIL, 2003c).

Integrar-se à equipe, modificando esse papel tão comum de “cumpridor de tarefas”, é necessário; e, em Saúde Mental, poderia dizer-se que é essencial. Conscientizar-se de seu grau de importância numa equipe, não como cumpridor de tarefas, mas como membro atuante e indispensável na recuperação do usuário e prevenção de crises ou desenvolvimento de transtornos. Porém estes profissionais da enfermagem não podem se esquecer de que essa atividade faz parte de seu preparo e não da de outro profissional. Assim, todos podem participar das oficinas, porém, os demais profissionais da equipe técnica não podem estar alheios ou distantes disso, para que o processo não seja prejudicado (BRASIL, 2003c).

Os auxiliares e técnicos de enfermagem atuam participando das atividades de assistência básica realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros). Bem como, na realização de ações de educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe; e participando do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade de saúde (BRASIL, 2008b).

É importante que o técnico de enfermagem zele pelo ambiente terapêutico, apresentando atitude empática, aceitação da pessoa assistida, coerência, disponibilidade para a escuta, envolvimento emocional e a comunicação terapêutica, bem como ambiente livre de materiais que possam causar acidentes para o usuário e a equipe. Proporcionar um ambiente terapêutico, no qual a pessoa assistida sinta-se acolhida e, durante a sua permanência no local, aconteça aprendizado bilateral (paciente + família / profissional) (FORTES et al., 2010).

Diante das responsabilidades acima mencionadas, é fundamental apoiar e investir nestes profissionais em seu processo de formação e amadurecimento como membros de uma equipe interdisciplinar. Promovendo e sustentando todo o tempo a construção coletiva da tarefa e sua legítima condição de sujeitos da ação de cuidar, superando a sua histórica posição de meros “executores” das ações pensadas por outros.

Os profissionais de enfermagem, antes de tudo, têm que estar motivados/ envolvidos pelo trabalho, para desconstruírem representações sobre “a pessoa” com sofrimento psíquico, oriundas, sobretudo, do paradigma psiquiátrico que tem noções de periculosidade e de incapacidade como eixos definidores das ideias de louco e loucura. É preciso ter um projeto definido e, ao mesmo tempo, permitir-se a experimentação, por meio do exercício cotidiano e permanente da reflexão crítica e autocrítica (ERDMANN, 1996).

No contexto da atenção psicossocial, **o agente comunitário de saúde** também apresenta papel importante na ligação usuários/serviço, já que estão inseridos no cotidiano e realidade da população do território.

Os agentes comunitários de saúde têm como atribuições: desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população de abrangência da unidade de saúde, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade, que inclui (BRASIL, 2008b):

- Trabalhar com o cadastramento de famílias em base geográfica definida, a microárea e manter os cadastros atualizados.
- Estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe; orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis.
- Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco; acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe.

Esses novos arranjos devem ser transversais, no sentido de produzir e estimular padrões de relação que perpassem todos os trabalhadores e usuários, favorecendo a troca de informações e a ampliação do compromisso dos profissionais com a produção de saúde.



Saiba mais

Informações sobre a origem dos CAPS, seu crescimento em todo o país, a integração com a rede de saúde, a participação dos usuários e familiares, a distribuição dos medicamentos, a relação com a rede básica, as oficinas terapêuticas e vários outros temas acessando: Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf>.

2.6 Resumo

Nesta unidade abordamos a multidimensionalidade do ser humano, ou seja, os aspectos biológico, psíquico, social, afetivo e racional. E para atender a essas dimensões da pessoa devemos oferecer um cuidado voltado não só para visão biológica e biomédica, mas que integre as diversas unidades e multiplicidades dos seres.

Apontamos também a necessidade de dar atenção às dimensões do cuidado: dimensões instrumentais e dimensões expressivas. Estas possuem características peculiares, que ao mesmo tempo as tornam diferentes entre si e também as marcam como essenciais à prática profissional do enfermeiro. Podem ser articuladas, complementando-se de acordo com as necessidades observadas e expressadas pelo outro, numa relação recíproca e única, como a compreensão do ser humano como corpo, mente e espírito.

Contudo, o processo de trabalho deve propiciar a reabilitação psicossocial em ações multi, interdisciplinares e transversais, considerando elementos da subjetividade do usuário como, autonomia, autoestima, autocuidado, identidade pessoal e social. Para isso, é indispensável à utilização de dispositivos e ferramentas como acolhimento, vínculo, construção de autonomia, corresponsabilização e a própria resolubilidade.

Ainda, no cenário das unidades de saúde da Atenção Psicossocial, os profissionais possuem diversas formações, mas considerando nossa atuação, foi dado ênfase ao papel do enfermeiro, auxiliares e técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Estes devem apresentar ações de enfermagem pautadas no cuidado integral das pessoas.

2.7 Fechamento

Caro aluno, acabamos de estudar sobre as dimensões do cuidado na RAPS, o papel dos profissionais de saúde no oferecimento do cuidado e mais especificamente a atuação da equipe de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Para dar continuidade, veremos os aspectos epidemiológicos dos transtornos mentais e consumo de crack, álcool e outras drogas. E como é organizada, planejada e realizada a gestão do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

2.8 Recomendação de leitura complementar

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. O cuidado em saúde mental na atualidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 3, p. 687-91, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a20.pdf>>

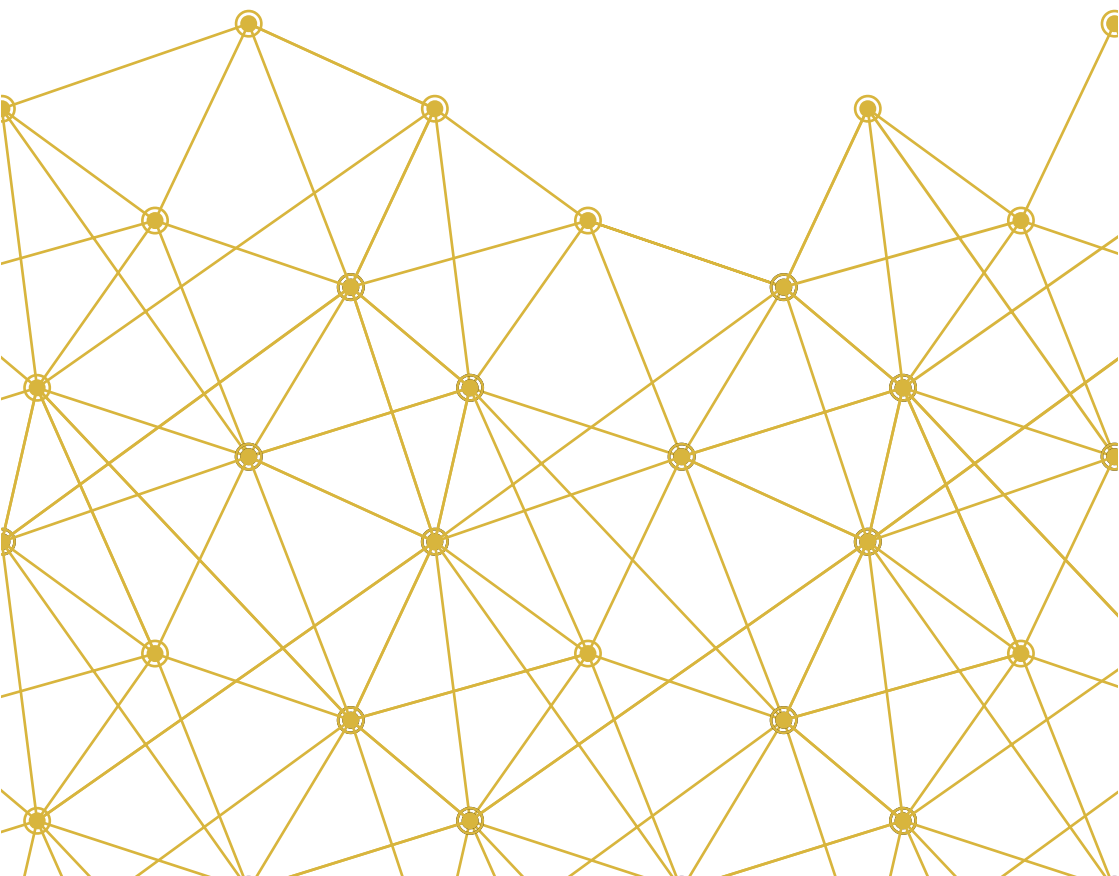
JORGE, M. S. B. et al. Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 6, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000600003>

SILVA, A. L. A.; FONSECA, R. M. G. S. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 441-9, maio/jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a20.pdf>>

SILVA, K. L.; SENA, R. R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 42, n. 1, p. 48-56, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/07>>

WETZEL, C. et al. Dimensões do objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2133-43, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n4/v16n4a13.pdf>>

UNIDADE 3



Unidade 3 – Planejamento e Gestão na Atenção Psicossocial

Ao final desta unidade o aluno terá desenvolvido o conhecimento acerca de informações importantes sobre o planejamento e a gestão na Atenção Psicossocial.

3.1 Introdução

No Brasil, com a reforma sanitária e psiquiátrica, a constituição federal, a criação do SUS, a descentralização dos serviços, a regionalização da saúde e a constituição dos pactos pela saúde, a administração pública necessitou ampliar formas de gestão e planejamento para acompanhar e consolidar as novas políticas (VIEIRA, 2009; CFP, 2011). A organização da gestão e da atenção em redes de atenção (BRASIL, 2010a) influenciou para a constituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), visando à ampliação de acesso e qualidade às ações de saúde de maneira a consolidar um modelo de atenção psicossocial.

Desta forma, o usuário, considerar características da oferta, da demanda e do território é imprescindível para organizar, gerir e avaliar a integração e o funcionamento dos pontos de atenção e seus fluxos. E a operacionalização da produção do cuidado, que envolve Usuários-Trabalhadores-Rede-Gestão implica em conhecermos alguns instrumentos que nos auxiliem neste processo.

Assim, a administração pública sanitária assume novas responsabilidades que exigem novas modalidades de planejamento e gestão dos serviços, para que estes possam ofertar ações conforme as necessidades vigentes na população, consoante aos princípios e diretrizes do SUS (CAMPOS, 2003; VIEIRA, 2009).

Portanto, a organização da RAPS requer sinergia de profissionais, gestores, usuários, familiares e todos os envolvidos no campo da atenção psicossocial para que as pactuações sejam as mais democráticas e participativas possíveis e atendam às reais necessidades locais.

Nesta unidade, abordaremos aspectos técnico-operacionais do planejamento, gestão e financiamento da RAPS, de modo que você, aluno, possa tornar-se um ativador de mudanças em sua realidade local.

3.2 Atenção Psicossocial: Análise Situacional

O campo da Atenção Psicossocial está imerso em um contexto que reflete a transição dos modelos de atenção em saúde mental: do hospitalocêntrico-manicomial para o psicossocial-territorial. A efetivação de um novo modelo de atenção através da implantação, ampliação e consolidação de diversos pontos de atenção da RAPS implica realizar um processo de análise situacional envolvendo diversos atores na construção do SUS.

A análise situacional é importante para o planejamento e a gestão da atenção em saúde, pois se trata de um processo de identificação, formulação e priorização dos problemas de saúde. Logo, “o objetivo da análise situacional é permitir a identificação dos problemas e orientar a definição das medidas a serem adotadas” (SESAU, 2009, p.9).

A análise situacional para a organização da RAPS deve levar em conta alguns desafios presentes na conjuntura do país na contemporaneidade. Dentre estes, destacamos a necessidade de ampliar e qualificar a RAPS e seus trabalhadores tanto em seus pontos de atenção quanto em seus fluxos de articulação setorial e intersetorial, considerando o levantamento de necessidades em atenção psicossocial e o delineamento de processos de avaliação e monitoramento das tendências do modelo de atenção.

Outros desafios envolvem também: a problemática relacionada ao álcool, crack e outras drogas; a saída e reinserção social da população de longa permanência em hospitais psiquiátricos; o perfil da demanda e de ações em atenção psicossocial realizados na atenção básica, incluindo o apoio matricial; o acompanhamento do número e da distribuição de leitos em saúde mental por tipo de hospital (psiquiátrico ou geral) e região do país; os dados estatísticos de prevalência, incidência e tendência de transtornos mentais na população, dentre outros.

3.2.1 Dados Estatísticos dos Transtornos Mentais

Os transtornos mentais são considerados problemas de alta incidência, difícil identificação e variados prognósticos (OMS, 2001). De acordo com dados de prevalência internacionais adotados pelo Ministério da Saúde, 3% da população apresenta transtornos mentais severos e persistentes, necessitando de cuidados contínuos, e entre 9 a 12% (totalizando cerca de 12 a 15% da população geral do País, em todas as faixas etárias) apresenta transtornos mentais leves, que necessitam de cuidados eventuais (BRASIL, 2010b).



Palavra do profissional

A problematização a respeito da utilização do conceito de transtornos mentais foi apresentada no Módulo 5 Unidade 2. Apesar do reducionismo de compartimentalizar o sofrimento em determinados transtornos, a utilização crítica das classificações diagnósticas contribui, por outro lado, para demonstrar o impacto dos problemas de saúde mental na população. Neste tópico, serão apresentados alguns dados de maneira a ilustrar a importância dos problemas de saúde mental.

Alguns estudos evidenciam, também, que entre os usuários atendidos pela Atenção Básica, grande proporção apresenta transtornos mentais. Pesquisas realizadas em comunidades atendidas pela Estratégia Saúde da Família verificaram prevalências de transtornos mentais comuns entre 22,7% a 38% da população geral. Já entre os pacientes que procuram as unidades de Saúde da Família, estudos desde a década de 80 identificam que cerca de 33% e 56% das pessoas atendidos nesse nível assistencial podem apresentar os transtornos mentais comuns. Há ainda evidências apontando que os sintomas físicos sem explicação médica persistente podem estar associados a questões de saúde mental (BRASIL, 2010b).

Outra preocupação no Brasil, atualmente, é o aumento do uso de *crack*. Tendo em vista esta problemática, lançou-se o Plano Integrado de Enfrentamento do *Crack* e Outras Drogas em 2011. Dados do II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas, realizado pelo CEBRID em 2005, revelam que 0,7% das pessoas entrevistadas havia usado *crack* pelo menos uma vez na vida (cerca de 381.000 pessoas), 0,1% havia usado *crack* no último ano e 0,1% havia usado *crack* no último mês. E embora o *crack* seja atualmente o foco da atenção, não podemos esquecer que o álcool é a droga que mais afeta a saúde da população em geral, em termos de prevalência de consumo e de dependência, conforme aponta também o CEBRID.

Diante dessas constatações, sabe-se que outro dos principais desafios para o processo de consolidação da Rede de Atenção Psicossocial é a formação de recursos humanos de maneira a oferecer o atendimento adequado a tais problemas (BRASIL, 2010b). Além da formação de recursos humanos, o planejamento, o financiamento, as relações interfederativas e o controle social são aspectos importantes do processo de gestão que serão tratados nesta unidade 3.



Saiba mais

RODRIGUEZ, J. J.; KOHN, R; AGUILAR-GAXIOLA, S. Epidemiologia de los trastornos mentales em América Latina y el Caribe. OPAS - Organizacion Panamericana de La Salud. Washington, D.C: OPS, 2009. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/740/9789275316320.pdf?sequence=>

No contexto do fim da ditadura militar e da abertura democrática, surgem diversas experiências de organização da saúde em âmbito municipal que desencadeiam processos locais de Reforma Psiquiátrica, visando à transformação do modelo de atenção em Saúde Mental. Posteriormente, em 2001, aprova-se a Lei Federal 10.216, que redireciona a assistência em saúde mental e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais.

No decorrer da década passada, amplia-se então, drasticamente a cobertura em saúde mental a partir de novos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. São criados também, novos mecanismos de fiscalização para a gestão da redução programada de leitos psiquiátricos no país.

Assim, observamos entre 2002 a 2010 uma redução planejada e programada de leitos em hospitais psiquiátricos acompanhado pela expansão da rede de atenção psicossocial. Cerca de 18.000 leitos em Hospitais Psiquiátricos especializados foram fechados no período referido através do PNASH/ Psiquiatria (Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares) e do PRH (Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica) e existem atualmente 32.735 leitos em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2011e).

A redução de leitos em hospitais psiquiátricos se reflete também em menor gasto com esse tipo de serviço, pois desde 2004 observamos proporcionalmente um gasto maior com serviços substitutivos de atenção psicossocial. O aumento de leitos de saúde mental em hospital geral também tem ocorrido e já existem cerca de 2.568 leitos desse tipo no país (BRASIL, 2010c).

Neste mesmo período (2002-2010), o processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas é impulsionado com a criação do Programa “De Volta para Casa”. O número de beneficiários desse programa atingiu 3635 pessoas, representando 1/3 do esperado no ano de 2010. Alguns problemas entravam o avanço do programa, tais como: falta de documentação dos usuários; crescimento insuficiente das residências terapêuticas; dificuldades para a redução pactuada e planejada de leitos psiquiátricos nos diferentes níveis; e ações judiciais, entre outros (BRASIL, 2010c, 2011e).

Em relação ao número de Serviços Residenciais Terapêuticos, este é ainda insuficiente, com um quantitativo de 570 unidades no Brasil. Dentre os obstáculos para seu crescimento encontram-se dificuldades políticas, resistência da comunidade e uma política habitacional que contemple esta demanda, dentre outros (BRASIL, 2011e).

O processo de desinstitucionalização no Brasil requer gestores comprometidos e que contribuam efetivamente com este processo. O compromisso visa incluir no plano de ações em saúde mental do município, estratégias para acolher e dar suporte as pessoas de longa permanência nos manicômios e estimular o controle social nas diferentes esferas federativas.

Para desinstitucionalizar as pessoas, no ano de 2009, “67,7% dos recursos federais para a saúde mental foram gastos com ações comunitárias”, BRASIL (2010, p.4). É importante considerar neste processo, que entre os países em desenvolvimento que possuem orçamento específico destinado a políticas de saúde mental, cerca de 37% gastam menos de 1% do orçamento do setor saúde com programas voltados à reabilitação psicossocial. Muitos destes países, assim como o Brasil, testemunharam mudanças importantes no modelo de atenção em saúde mental, com a migração de modelos basicamente hospitalocêntricos para redes de serviços comunitários (WHO, 2003).

Nesse contexto de mudanças de modelo de atenção, os Centros de Atenção Psicossocial assumiram um papel estratégico como articuladores da rede de atenção psicossocial em seu território. Conforme já apontado na unidade 1 do Módulo VII, a tarefa de promover a inclusão social é uma atribuição fundamental dos CAPS, e exige uma articulação ampla, desenhada com variados componentes ou recursos da assistência, para a promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários dos serviços.

Em 2010, contabilizam-se 1620 CAPS por todo o país, equivalente a 63% de cobertura, na proporção de 1 CAPS para cada 100.000 hab. Entretanto, a distribuição deste dispositivo é desigual nas regiões do país. Um dos desafios é a região norte, cujas características peculiares dificultam a expansão e consolidação desta estratégia. Aponta-se também um déficit de crescimento de CAPS III comparado à evolução dos CAPS II (BRASIL, 2011e).

O período atual caracteriza-se assim por dois movimentos simultâneos: por um lado, a construção de uma rede de atenção psicossocial substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar e, por outro, a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes.

3.2.2 Ampliação e qualificação das ações de atenção psicossocial na atenção básica

A Atenção Básica apresenta importante papel na RAPS, pois é uma das portas de entrada e ordenadora do sistema de saúde e situa-se próxima às comunidades. Dentre as ações importantes de saúde mental na atenção básica, está o apoio matricial, que é um processo de construção compartilhada e de corresponsabilização pelo cuidado que envolve diversos trabalhadores e equipes de saúde, conforme já foi abordado na Unidade 1 do Módulo VII.

As equipes de apoio matricial podem ser compostas por trabalhadores dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família - NASF, dos CAPS, de oficinas e/ou outros serviços de Saúde Mental (BRASIL, 2003a). Estes farão o apoio matricial às diferentes equipes da atenção básica, programando sua carga horária para encontros semanais, e formas de contato para demandas inesperadas ou intercorrências.

Existem mais de 1.165 NASF em funcionamento no país, compostos por cerca de 6.895 trabalhadores. Desses, cerca de 2.123 são profissionais do campo da saúde mental. Isto indica uma indução de ações de saúde mental junto à atenção básica nas contratações para os NASF (BRASIL, 2010c).

Assim, os gestores têm o desafio de qualificar e ampliar o atendimento em saúde mental na atenção básica estimulando a atenção básica através dos NASF, das ESF, das equipes de Consultório na Rua e de ações que visem à promoção da saúde, como as Academias da Saúde e os centros de Convivência e Cultura, articulando estes diversos pontos da RAPS junto aos CAPS.

3.2.3 A problemática do uso abusivo de álcool, crack e outras drogas.

Em consonância com as modificações da organização e planejamento dos serviços, e considerando o cenário epidemiológico dos últimos anos — que mostra a expansão do consumo de substâncias psicoativas no país, especialmente do álcool, bem como inalantes e cocaína (em suas diferentes apresentações como cloridrato, pasta-base, *crack* e merla) — surgiu à necessidade de intensificar, ampliar e diversificar as ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo de tais substâncias, dado o contexto de vulnerabilidade de crianças, adolescentes e jovens.

Para isso, o Ministério da Saúde vem investindo em ações de tratamento e redução de danos relativos ao uso de *crack*, álcool e outras drogas a partir da consolidação da RAPS no SUS. Foram apresentadas diversas iniciativas na intenção de priorizar e regulamentar a atenção integral para usuários de *crack*, álcool e outras drogas. Entre elas destacam-se:

A instituição do Plano Integrado de Enfrentamento ao *crack* e outras Drogas através do Decreto nº 7.179, de 2010, cria o seu comitê gestor e dá outras providência. Desde 2011 o governo lançou o Programa Crack é Possível Vencer (BRASIL, 2010d), com vários objetivos que destacamos:

- a) Estruturar, integrar, articular e ampliar as ações voltadas à prevenção do uso de drogas, tratamento e reinserção social de usuários de *crack* e outras drogas, contemplando a participação dos familiares e a atenção aos públicos vulneráveis, entre outros, crianças, adolescentes e população em situação de rua.
- b) Estruturar, ampliar e fortalecer as redes de atenção à saúde no SUS e de assistência social com as ações do Sistema Único de Assistência Social - SUAS para usuários de *crack* e outras drogas e seus familiares (BRASIL, 2010d).
- c) Destinar recursos financeiros emergenciais para ações de qualificação da Rede de Atenção Integral em álcool e outras drogas em municípios de pequeno porte, no âmbito do Plano Integrado de Enfrentamento ao *crack* e outras Drogas (BRASIL, 2010e).
- d) Instituir Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas - 24 horas - CAPS AD III (BRASIL, 2010f).

A operacionalização destas diretrizes torna necessário estruturar, fortalecer e ampliar as ações da RAPS junto à rede intersetorial de segurança pública, educação, arte, cultura, esporte e lazer. Deste modo, os dispositivos das redes de atenção devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede.

Além disso, é importante integrar culturalmente a estratégia da redução de danos as comunidades atendidas, orientando as ações de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica. Cabe aos profissionais de saúde, aos gestores e às instâncias formadoras favorecer processos de educação permanente que estimulem a implicação, ou seja, o estímulo a uma postura ativa, de reflexão e transformação da produção do cuidado que possa avançar na consolidação dos princípios do SUS e da reforma psiquiátrica. (BRASIL, 2003d).

Trata-se de mudança fundamental na concepção e na forma de como se deve dar o cuidado: o mais próximo da rede familiar, social e cultural do usuário, para que seja possível a reapropriação de sua história de vida e de seu processo de saúde/adoecimento. Aliado a isso, adota-se a concepção de que a produção de saúde é também produção de sujeitos. Os saberes e práticas, não somente técnicos, devem articular-se à construção de um processo de valorização da subjetividade, no qual os serviços de saúde possam se tornar mais acolhedores, com possibilidades de criação de vínculos (BRASIL, 2010b).

Sabemos que o processo de análise situacional no Brasil é complexo, que a desinstitucionalização requer esforços coletivos e envolvimento da Sociedade e Estado, mas queremos que você aluno reflita como está o processo de Reforma Psiquiátrica em seu município, para que as imagens-conceitos comecem a fazer sentido neste processo pedagógico. A seguir, iniciaremos o planejamento da RAPS.



Saiba mais

PINHEIRO, R; GULJOR, A. P.; SILVA JÚNIOR, A.G.; MATTOS, R.A. Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC - IMS/UER - ABRASCO, 2007. v. 1. 282 p. Disponível para consulta em: <<http://www.lappis.org.br/site/o-que-fazemos/publicacoes/231-desinstitucionalizacao-na-saude-mental.html>>

3.3 Planejamento da Rede de Atenção Psicossocial

Nas sociedades urbanas e ocidentais atuais as relações humanas se dão de maneira instantânea, estimuladas pelo mercado. Estas relações, muitas vezes baseadas no consumo-produção de inovação tecnológica tornam a vida efêmera e geram novas formas de mal estar e sofrimento (GINSBERG, 2004).

As transformações conjunturais econômicas, sociais e políticas modificam os determinantes do processo saúde mental-sofrimento e, conseqüentemente, as necessidades em saúde mental. Estas necessidades cresceram e tornaram-se mais complexas, exigindo uma permanente atualização e diversificação das formas de conhecimento dos cenários e realidades, desafiando a articulação política, de gestão e de construção de estratégias inovadoras de cuidado.

Um projeto inovador que almeje minimamente ofertar atenção integral na saúde/saúde mental, passa pela elaboração de um projeto, desenho, plano de constituição de ações e serviços. A elaboração da RAPS, principalmente nos estados e municípios, deve levar em conta diversas informações, indicadores e analisadores, para que se possa correlacionar os problemas sociais aos existenciais (e vice-versa), na complexidade e crítica que merecem.

Na perspectiva operacional, a RAPS é constituída por componentes e pontos de atenção inseridos em uma região de saúde, sendo esta região formada por territórios. Um ponto de atenção pode abranger uma área geográfica com um território, mas quando articulado em rede, abrangerá territórios maiores. Maiores detalhes sobre o tema são encontrados na Unidade 1 do Módulo VII.



Palavra do profissional

O conceito e ampliação de território será desenvolvido na Unidade 2 do Módulo IX.

O planejamento deve levar em conta o maior ou menor grau de abrangência e de detalhamento conferido a cada ponto da rede. Além disso, deve incluir ações de monitoramento e avaliação de maneira permanente, visando analisar criticamente as políticas e planos, de maneira a verificar em que medida os objetivos estão sendo alcançados e possibilitar redirecionamentos necessários (BRASIL, 2005b).

Desta forma, o conhecimento sobre a saúde mental de uma dada região de saúde envolve: a identificação das necessidades e demandas pode orientar-se a partir de dimensões mais amplas, relativas à existência-sofrimento das pessoas, e ou pode utilizar o recorte tradicionalmente utilizado pela epidemiologia psiquiátrica, sob a designação de “transtornos mentais”. De qualquer maneira, a identificação de necessidades exige algum tipo de classificação dos problemas vigentes nos territórios e áreas de abrangência.

Também é importante a avaliação da oferta, relacionada à quantidade e qualidade das ações existentes e à organização sanitária do município. A demanda diz respeito às necessidades que chegam até os pontos de atenção. E o planejamento possibilita ofertar ações que possam aproximar-se das necessidades e demandas realmente existentes,

Portando, no contexto das políticas públicas de saúde é esperado que as regiões se organizem de modo a considerar as identidades culturais e socioeconômicas e as necessidades de saúde, devendo ofertar ações de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, ambulatorial especializada e hospitalar e de vigilância em saúde (BRASIL, 2011f).

Também devem considerar a existência dos espaços informais de cuidado e os espaços de potência de vida e promoção da saúde que fazem parte dos itinerários terapêuticos da população (DALMOLIN, 2006).

Assim, o planejamento em saúde torna-se um emblema para tornar exequível a oferta pela demanda em saúde. Planejamento em Saúde é um método para a gestão pública utilizar os meios de trabalho através do conhecimento da realidade. É também um processo social quando o foca as relações sociais que visam a transformar um cenário sanitário. Planejamento é a ação de um compromisso, é pensar antecipadamente um determinado fenômeno ou processo (PAIM, 2006).

Quando pensamos no processo de planejamento, é contemplada uma série de etapas ordenadas ao longo do tempo: o planejamento (propriamente dito), a execução, o monitoramento, avaliação e o replanejamento. Essas etapas se desenvolvem mediante processos específicos, com tempos e movimentos diferentes (BRASIL, 2005b).

As etapas de planejamento consistem na elaboração de documentos que expressam as intenções do gestor. Planejar é avaliar o passado, visualizar o futuro, tomar decisões e fazer. Os documentos que expressam essas intenções podem seguir uma gradação do macro para o micro. Nesse contexto, estão as políticas, os planos, os programas, os projetos, as atividades, as ações e as tarefas necessárias (BRASIL, 2005b).

No Brasil, o Planejamento do SUS (PlanejaSUS) é normatizado pelas Portarias GM nº 3.085 e 3.332 (BRASIL, 2006b, 2006a). Os instrumentos básicos do PlanejaSUS são: a) Plano de Saúde (PS); b) Programação Anual de Saúde (PAS); c) Relatório Anual de Gestão (RAG), (VIEIRA, 2009).

A elaboração do Plano de Saúde de ser feita em dois momentos:

[...] análise situacional e formulação dos objetivos, diretrizes e metas. Sugerem-se três eixos norteadores para a elaboração do Plano de Saúde e suas vertentes, como segue: a) condições de saúde da população (vigilância em saúde, atenção básica, assistência ambulatorial especializada, assistência hospitalar, assistência de urgência e emergência e assistência farmacêutica); b) determinantes e condicionantes de saúde; c) gestão em saúde (planejamento, descentralização/regionalização, financiamento, participação social, gestão do trabalho em saúde, educação em saúde, informação em saúde e infraestrutura) (VIEIRA, 2009, p. 1569-1570).

Conforme Vieira (2009) deve ser levado em consideração, além dos três instrumentos expostos, também o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI). Para o autor, o Plano de Saúde deve ser elaborado cumprindo a vigência do PPA em cada esfera de governo.

“A discussão do planejamento em saúde no SUS tem a necessidade de definição de fluxos e mecanismos de interligação entre os diversos atores, tanto do ambiente interno quanto externo a cada esfera de governo” (VIEIRA, 2009, p.1570).

No campo da saúde mental, o planejamento também se vale do PlanejaSUS, mas vai além, pois é uma estratégia complexa. O conhecer para planejar corre o risco de reduzir o sofrimento para quantificar a patologia. Para Amarante e Giovanella (2008, p.138) o conceito de estratégia radicaliza o planejamento em saúde mental ao questionar o conceito de modelos baseados no positivismo. Estratégia “é a consequência de uma postura crítica quanto à neutralidade e positividade das ciências que tanto tem autorizado a psiquiatria a intervir em nome da verdade”.

Para Amarante e Giovanella (2008, p. 138) o planejamento em saúde mental leva em consideração tais características: “a natureza do saber e da instituição psiquiátrica, o conceito de desinstitucionalização e a discussão sobre a invenção de novas tecnologias de cuidado”.

O território vivido passa a ser uma categoria analítica central na construção do planejamento em saúde mental. Para Amarante e Giovanella (2008, p.145) o território “é uma força viva de relações concretas e imaginárias que as pessoas estabelecem entre si, com os objetos, com a cultural, com as relações que se dinamizam e se transformam”. O trabalho no território exige lidar com forças concretas para se estabelecer objetivos comuns.

No contexto da Política Nacional de Saúde Mental, território é

[...] a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. Assim, trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Trabalhar no território significa assim resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental. É a idéia do território, como organizador da rede de atenção à saúde mental, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos (BRASIL, 2005a, p.28).

O planejamento da RAPS a partir do território tem como indicador a capacidade da gestão política, dos serviços, os trabalhadores, profissionais, usuários e familiares de lidarem com a existência-sofrimento, e não apenas a partir dos instrumentos de rastreamento dos transtornos mentais. Trata-se de potencializar como as pessoas lidam com seus sofrimentos para, a partir do compartilhamento destas experiências, produzir possibilidades de subjetividade e vida (AMARANTE; GIOVANELLA, 2008).

O Planejamento Estratégico Participativo é uma ferramenta a ser utilizado na saúde mental, pois “mostra o panorama de uma situação a partir da visão das pessoas envolvidas, e pode promover mudanças do modelo de atenção através da construção coletiva” (FRANCHINI, 2006, p.82).

Logo, o planejamento que visa organizar a RAPS, necessita compreender que a formação dos componentes e pontos de atenção possui uma lógica para o credenciamento e atendimento da população.

O planejamento da RAPS deverá considerar: o porte populacional e econômico da região de saúde e o território de abrangência; os serviços municipais na área da saúde, assistência, cultura/esporte, educação; os recursos comunitários e sociais; os atores estratégicos parceiros; os entraves para a política local presentes no território e Conjuntura local.



Saiba mais

As considerações sobre o planejamento de Redes de Atenção você encontra na portaria - BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 - Diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), Brasília, DF, 2010. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>>

Todos os serviços devem estar articulados entre si, tendo como portas de entrada do Sistema Único de Saúde a Atenção Básica (prioritariamente), a Atenção de Urgência e Emergência e a Atenção Psicossocial; de modo a constituir um conjunto de referências com capacidade para acolher e oferecer atenção à saúde mental aos indivíduos com transtornos mentais e/ou decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas, suas famílias e sociedade (BRASIL, 2011a).



Saiba mais

TONINI, N.S. Planejamento em Saúde Mental. 1. ed. Cascavel: Coluna do Saber, 2010. 116p. Encontre outros artigos da autora, relacionados ao tema, em <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n3/a06v21n3.pdf>>

3.4 As pessoas e a situação de saúde

Conceituar o ser humano não é uma tarefa fácil devido à sua complexidade, e qualquer tentativa implica em reducionismos. O ser humano é envolvido por diversas dimensões como a biológica, a psíquica, a social, a cultural, a espiritual, a jurídica, a ambiental, dentre outras. A partir da conexão e entrelaçamento destes aspectos, as pessoas vão se constituindo e construindo uma forma de se comportar, pensar, sentir, agir e ser. Esta forma é dinâmica e pode ir mudando ao longo do processo do ciclo de vida das pessoas de acordo com sua história de vida relacionada com os diferentes contextos.

Viver é se relacionar constantemente, durante o processo da vida, e as pessoas costumam vivenciar o sofrimento através de diversas maneiras e singulares. Dores físicas, mal estar psicológico, assédio moral, perda de um ente querido e viver isolado, entre outros, representam maneiras de expressar o sofrimento.

Há pessoas que mesmo em sofrimento conseguem manter equilíbrio em se relacionar com sua vida social, familiar e trabalho. Outras pessoas podem não conseguirem dar conta de sua vida e rompem na sua forma de se relacionar com o mundo vivido. De acordo com Brasil (2004c, p.13) um caso grave de saúde mental é correspondente aos “transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo”. Neste momento de sofrimento intenso, podem irromper situações de risco e vulnerabilidade, com a ruptura dos laços sociais e situações de crise.

No entanto, para abordar tais situações e auxiliar no acolhimento e acompanhamento da pessoa-família pelas equipes é necessária uma organização da gestão da clínica e do cuidado. É importante também o apoio da dimensão técnico-administrativa da gestão local em relação aos processos de trabalho e à organização dos serviços e da rede de saúde. Esta dupla dimensão da gestão precisa criar mecanismos para conhecer as situações de sofrimento e de crise e refletir sobre as intervenções propostas.

Para isto é importante a sistematização das informações sobre a realidade sanitária que se expressa no âmbito individual e coletivo no cotidiano da clínica e nos territórios.

Para Calvo, Magajewski e Andrade (2012) a finalidade dos sistemas de informação é fundamentar a ação. A informação representa a interpretação dos dados que foram coletados, processados e analisados, o que permite a definição e adoção de medidas por parte dos gestores e trabalhadores.



Palavra do profissional

Assim, para sabermos o universo das pessoas com internação psiquiátrica, por exemplo, os sistemas de informações devem estar integrados em rede, de modo que os profissionais consigam visualizar, acompanhar e se manterem atualizados em relação a cada caso e produzir estatísticas adequadas.

Dentre os sistemas de informação do SUS temos o SIAB (sistema de informação da atenção básica) – que possibilita conhecer o quantitativo de pessoas que se internam por problemas de saúde mental e uso abusivo de álcool e drogas; o SAI (sistema de informação ambulatorial) e o SIH (sistema de informação hospitalar), entre outros, que armazenam e informam os dados sobre a situação de saúde. Tendo em vista que a RAPS é recente, é um desafio para os gestores investirem em sistemas de informação que consigam apresentar o mapa da situação de saúde dos usuários da atenção psicossocial como um todo. A mudança no sistema de registros dos componentes estratégicos, os CAPS, a partir da portaria GM 854/2012, representa um avanço na produção de informações que podem traduzir as tendências do modelo de atenção destes serviços (BRASIL, 2012d).

Além das informações quantitativas, que são as geralmente utilizadas nos sistemas informatizados de informações, na atenção psicossocial é importante definir “analisadores” qualitativos que possibilitam compreender dimensões subjetivas importantes na produção de cuidado. Exemplos seriam o ‘humor’ e a ‘alegria’ ou a ‘exaustão’ como analisadores importantes nos processos de trabalho das equipes de saúde (MERHY, 2007).

Assim, a constituição dos sistemas de informações da atenção básica e da atenção psicossocial ainda precisam aprofundar propostas para introduzir dimensões qualitativas e subjetivas como informação, oriundas das equipes e das comunidades atendidas. Isso possibilitaria a introdução de dimensões importantes, mas geralmente pouco valorizadas no planejamento e gestão tradicionais.

Portanto, é ainda um desafio a inclusão e ampliação dos dados, indicadores e analisadores de saúde mental no sistema de informação do SUS. No Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial (2010g, p.47), dentre várias propostas a este tema, elencamos:

160. Criar o SIS/SAÚDE MENTAL com base de dados alimentadas e atualizadas rotineiramente, de acesso facilitado para acompanhamento por parte do controle social;

161. Aperfeiçoar a ficha “A” do SIAB e a ficha dos profissionais de nível superior da Estratégia de Saúde da Família com inclusão de dados epidemiológicos de saúde mental;

162. Cadastrar os usuários com base no cartão SUS com prontuário eletrônico que possibilite acompanhamento dos projetos terapêuticos e medicamentos (BRASIL, 2010g, p. 47).

De modo que se torna imperativa a discussão sobre este tema, incluindo de fato as informações sobre saúde mental, álcool e outras drogas nos sistemas de informações do SUS.



Saiba mais

No âmbito federal, o DATASUS (Departamento de Informática do SUS) fomenta, armazena, regulamenta e avalia os dados informatizados inerentes a saúde no Brasil. Está normatizado pelo Decreto nº 7.530 de 21 de julho de 2011, que trata da estrutura regimental do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7530.htm>

3.4.1 A análise situacional a partir do território

A análise situacional local pode seguir um roteiro para auxiliar na identificação dos problemas de saúde, conforme proposto por Verdi e Amadigi (2005):

- A identificação pode ser feita por dados oficiais de saúde: indicadores populacionais, indicadores sócio-demográficos (condições de moradia, educação, renda familiar, trabalho, lazer, segurança), indicadores de nível de saúde (natalidade, mortalidade, morbidade, cobertura vacinal, saneamento básico e meio ambiente); indicadores de oferta de serviços de saúde (serviços da rede pública e conveniada com o SUS. Esses dados somam-se ao do IBGE, Ministério

da Saúde, Secretarias estaduais e municipais de saúde, entre outros (VERDI; AMADIGI, 2005).

- Dados informais de saúde: os dados podem ser coletados com lideranças comunitárias, representantes da associação de bairros, moradores, grupos organizados e que contribuem para a fotografia da situação de saúde (VERDI; AMADIGI, 2005).

A partir da situação de saúde do território faz-se a identificação, seleção e priorização dos problemas de saúde. Para este momento pode ser utilizado métodos, técnicas e conhecimento da epidemiologia. É importante conhecer quais instrumentos são usados em cada município, tendo em vista uma diversidade deles.

Destarte, dentre os problemas de saúde mental que podem existir conforme o contexto territorial, assim exemplificamos:

[...] tentativa de suicídio através da ingestão de Diazepan, Haloperidol ou Tryptanol; homem que guarda potes de urina e lixo no quarto; sofrimento devido ao desaparecimento de um filho; mulher com câncer de mama fragilizada pelo tratamento; mulher com medo à noite; caso de maus tratos pelo marido; uso de drogas onde se “ouve vozes”; demanda de laudo de psiquiatra do SUS para aposentar; crise de depressão; demanda de receita porque os remédios não estão funcionando bem; vítima de estupro que tem crise de pânico; demanda da comunidade para participar de oficina; família que recorre a UBS porque acha que a mãe esta “doída” (ANDRADE; BOTTI, 2008, p. 2)

A complexidade que envolve os problemas de saúde mental é que estes se manifestam de maneira singular da pessoa, é o estado existencial que cada um atravessa. Assim, é importante dentro do contexto do território, saber como é a dinâmica, o fluxo local existente para o atendimento de uma pessoa com problema de saúde mental. Como exemplo, se há um encontro familiar e alguém está angustiado a ponto de chorar involuntariamente e considerar que não tem mais vontade de viver, quais recursos sanitários públicos esta pessoa poderia usufruir?

Em uma outra situação, uma pessoa está em crise, em sofrimento intenso e insuportável, não quer contato com outras pessoas, como é a atenção preliminar no território? Geralmente o SAMU (serviço de atendimento móvel de urgência), os bombeiros e/ou a polícia fazem esta primeira abordagem. Entretanto, estas questões precisam ser refletidas e discutidas.

Em relação às situações de crise, estas são um problema para o território? Quais serviços deveriam atender uma pessoa em crise? Como os componentes e pontos de atenção se organizam para responder à pessoa em crise? Em que medida os profissionais do SAMU, bombeiros e polícia estão sendo capacitados para dar continência e contenção quando necessário?

Passado o momento da crise, o processo de recuperação e retomada da vida talvez necessitem de um amparo de equipes de saúde/saúde mental. É necessária uma observação de como cada município está organizado para atender à pessoa em crise e como acontece o processo de recuperação e o cuidado.



Palavra do profissional

No módulo IX, unidade II, haverá um tópico sobre crise e urgência.

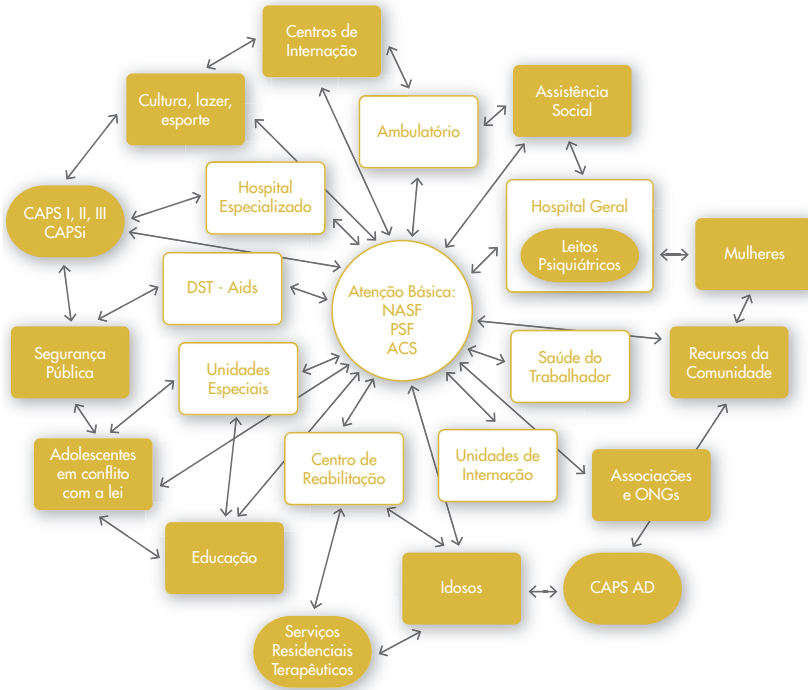
Estamos falando do “circuito psiquiátrico” ou, atualmente, da cartografia psicossocial. Para Dell’Acqua e Mezzina (2005) a pessoa em crise aponta as fragilidades e potencialidades que um território possui para as situações de crise. Para os autores, a entrada neste circuito se dá pelo reconhecimento do limite do sofrimento, da intolerância e violência que um determinado contexto é capaz de lidar ou negligenciar.

O percurso terapêutico das pessoas que se reflete nas etapas de ir a um serviço e outro para buscar cuidado em saúde mental indicam a crise da organização territorial. O contexto sanitário “não está em condição de reconhecer o sujeito como entidade complexa, o sistema tende a reduções e simplificações progressivas” e isto pode aumentar ainda mais o agravamento do sofrimento singular e da família que busca o recurso (DELL’ACQUA; MEZZINA, 2005, p.163).

Para Limonad (2007, p.166) “quanto menos salientes são as barreiras espaciais, maior é a sensibilidade dos governos e do público em geral às variações dos lugares através do tempo e do espaço”.

Nessa linha, um território potente mistura a RAPS com o princípio da intersectorialidade, ou seja, articula-se com a cidade para responder as demandas de cada usuário e família, pois a existência-sofrimento é complexa demais para apenas o setor saúde dar conta. O tema da crise é transversal aos componentes e pontos de atenção da RAPS.

A seguir temos um exemplo de rede no território.



Fonte: CFP (2011, p.17).

Como podemos observar no esquema que descreve a articulação da RAPS com demais equipamentos sociais. Segundo o CFP (2011, p.17) cada ponto de atenção deve ter um projeto de atenção psicossocial planejado e desenvolvido. A partir deste projeto, “articula-se com a rede intersectorial de políticas públicas, além dos recursos da comunidade, pensada como espaços a serem desenvolvidos ou ‘ativados’ para o pertencimento à Rede”. A ideia é que a RAPS seja transversal a todo o sistema de saúde, pois seu vínculo intersectorial é que potencializa sua constituição.

Portanto, a criação de fóruns permanentes de saúde mental e grupos condutores com representantes dos setores das políticas públicas e de movimentos sociais possibilita a troca de experiências e maior resolutividade nas demandas de saúde mental.

3.5. Financiamento e orçamento da RAPS

O financiamento no Brasil é regido pela Lei complementar nº 141 de 13 e janeiro de 2012 (BRASIL, 2012e). Esta lei institui o valor mínimo aplicado nas ações e serviços de saúde pela União, estados e municípios, bem como normatiza a fiscalização, avaliação e controle das despesas com a saúde nas três esferas de governo.

Todavia, a garantia de financiamento das ações em saúde mental, para os componentes e pontos de atenção da RAPS, são desafios que o governo brasileiro tem buscado contribuir com os municípios que queiram implantar suas Redes de Atenção.

Podemos afirmar que o financiamento no Brasil para a RAPS é um processo recente e, por isso, os incentivos financeiros e de custeio estão sendo constituídos em dados momentos. Abaixo veremos os componentes, respectivos pontos, número da portaria e as principais características normativas para o financiamento da RAPS.

COMPONENTES DA RAPS	PONTOS DA RAPS	Nº DA PORTARIA DE FINANCIAMENTO	CARACTERIZAÇÃO DA PORTARIA
Atenção Básica	Unidade Básica de Saúde	PORTARIA 2488/11	Institui a Política Nacional de Atenção Básica
	Núcleo de apoio à Saúde da Família	PORTARIA 2488/11	Institui a Política Nacional de Atenção Básica
	Consultório na Rua	PORTARIA Nº 123, DE 25 DE JANEIRO DE 2012	Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município.
	Centro de convivência e cultura	Sem portaria	

Atenção Psicossocial Especializada/ Estratégica	Centro de Atenção Psicossocial I, II, III, Ad, i	PORTARIA Nº 3.090, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011	Estabelece, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, recursos a serem incorporados ao Teto Financeiro Anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade dos Estados, Distrito Federal e Municípios referentes ao novo tipo de financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).
	Centro de Atenção Psicossocial Ad III	PORTARIA Nº 130, DE 26 DE JANEIRO DE 2012	Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros.
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU		
	UPA		
Atenção Residencial de Caráter Transitório	UA Adulto	PORTARIA Nº 121, DE 25 DE JANEIRO DE 2012	Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial.
	UA Infanto-Juvenil		

	Comunidade terapêutica	PORTARIA Nº 131, DE 26 DE JANEIRO DE 2012	Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.
		PORTARIA Nº 856, DE 22 DE AGOSTO DE 2012	Fica incluído na Tabela de Tipo de Estabelecimentos do SCNES, o tipo 78 - UNIDADE DE ATENÇÃO EM REGIME RESIDENCIAL.

Atenção Hospitalar	Leitos	<p>PORTARIA Nº 148, DE 31 DE JANEIRO DE 2012</p>	<p>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.</p>
		<p>PORTARIA Nº 349, DE 29 DE FEVEREIRO DE 2012</p>	<p>Altera e acresce dispositivo à Portaria nº 148/GM/MS, de 31 de janeiro de 2012, que define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.</p>

		PORTARIA Nº 1.615, DE 26 DE JULHO DE 2012	Altera o item II do artigo 9º e os artigos 12º e 13º da Portaria nº 148/GM/MS, de 31 de janeiro de 2012, que define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.
	Enfermaria especializada		
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviço Residencial Terapêutico	PORTARIA Nº 3.090, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011(*)	Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).

	Programa de Volta Para Casa	LEI No 10.708, DE 31 DE JULHO DE 2003.	Instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.
Estratégia de reabilitação psicossocial	Geração de Trabalho e Renda	PORTARIA Nº 132, DE 26 DE JANEIRO DE 2012	Instituiu incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS).
	Empreendimentos solidários e cooperativas sociais		

Fonte: Adaptado do link - legislação em saúde mental - do site do Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

Destacamos que o financiamento da RAPS tem avançado nos últimos tempos e que está em processo de transformação. Para isto há necessidade de se investir e criar linhas de financiamento para dispositivos propostos pela RAPS, como os centros de convivência e cultura, que ainda está inexistente.

Para a efetivação financeira da RAPS, o Ministério da Saúde elaborou um passo a passo que ajuda os gestores, trabalhadores, usuários e familiares a compreender melhor como instituir uma RAPS no município. As orientações técnicas sobre o financiamento estão assim descritas: Como solicitar recurso de incentivo; Como solicitar recurso de habilitação (custeio); Como acompanhar os pagamentos do Fundo Nacional de Saúde.



Saiba mais

Acompanhe o passo a passo como informação técnica sobre o financiamento da RAPS está disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925#>

3.6 A organização da RAPS e sua gestão

Discutir gestão no contexto do SUS é um processo complexo, é uma ação política com interlocução e avaliação. É um instrumento que requer um método específico que contemple a pluralidade e a interdisciplinaridade, focando as inter-relações entre subjetividade, gestão dos processos de trabalho e clínica (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006).

Gestão é uma prática configurada pela proposição, direção e condução ética, política, técnica e administrativa de um processo social. No âmbito da Saúde, a gestão inclui a formulação, o planejamento, a programação, o orçamento, o gerenciamento, a execução e a avaliação de planos, programas e projetos (BRASIL, 2005b).

Por outro lado, a Cogestão é um modo de gestão em equipe, próprio das sociedades democráticas, no qual o poder é compartilhado por meio de análises, avaliações e decisões conjuntas, envolvendo os diferentes atores sociais que participam do processo (BRASIL, 2005b).

Para que haja a efetiva participação da sociedade nas políticas públicas de saúde, fazendo com que se fortaleça o controle social, é importante o estímulo da cogestão entre seus pares, sejam parceiros de gestão, trabalhadores ou usuários, no processo de produção da Saúde local. Os Conselhos de Saúde têm sua composição baseada no modelo de cogestão, agregando gestores, trabalhadores e usuários. É fundamental, também, que os municípios se organizem em regiões, buscando estabelecer espaços de cogestão regional (BRASIL, 2005b).

A gestão no cenário da desinstitucionalização prevista na Reforma Psiquiátrica implica em garantir o conceito de cidadania, no sentido de admitir a pluralidade dos sujeitos com suas diferenças e diversidades. Colocando-os no mesmo patamar de sociabilidade e dando-lhes o real direito ao cuidado, para que possam receber ajuda em seu sofrimento, sua positividade e em sua possibilidade de sujeito de desejos e projetos (AMARANTE; TORRE, 2001).

A constituição e a gestão da RAPS “deve zelar para com as possibilidades de extensão dos serviços (para abranger uma situação psicossocial na perspectiva de Rede) e oferecer maior concentração de serviços (para atender uma dada situação de saúde psicossocial)” (CFP, 2011, p.13).

A organização da RAPS deverá “ser captadora de compreensão de realidades, estabelecadora de relações com o território e com processos subjetivos da população na região de saúde, intervindo em parcerias com a comunidade envolvida” (CFP, 2011, p.20).

Doravante, cada estado e município deve instituir um Grupo Condutor para ativar a RAPS. No artigo 8º da Portaria 3088/11, há descrição das fases de como operacionalizar a implantação da RAPS, quais sejam:

I - Desenho Regional da Rede de Atenção Psicossocial; II - Adesão e diagnóstico;

III - Contratualização dos Pontos de Atenção; e IV - Qualificação dos componentes.

I - FASE 1: Desenho Regional da Rede de Atenção Psicossocial:

- a. Realização pelo Colegiado de Gestão Regional e pelo CGSES/ DF, com o apoio da SES, de análise da situação de saúde das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, com dados primários, incluindo dados demográficos e epidemiológicos, dimensionamento da demanda assistencial, dimensionamento da oferta assistencial e análise da situação da regulação, da avaliação e do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte e da auditoria e do controle externo, entre outros.
- b. Pactuação do Desenho da Rede de Atenção Psicossocial no Colegiado de Gestão Regional (CGR) e no CGSES/DF.
- c. Elaboração da proposta de Plano de Ação Regional, pactuado no Colegiado de Gestão Regional e no CGSES/DF, com a programação da atenção à saúde das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, incluindo as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal e pelos Municípios envolvidos. Na sequência, serão elaborados os Planos de Ação Municipais dos Municípios integrantes do CGR.
- d. Estímulo à instituição do Fórum Rede de Atenção Psicossocial que tem como finalidade a construção de espaços coletivos plurais, heterogêneos e múltiplos para participação cidadã na construção de um novo modelo de atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, mediante o acompanhamento e contribuição na implementação da Rede de Atenção Psicossocial na Região.

II - FASE 2: Adesão e Diagnóstico:

- a. Apresentação da Rede de Atenção Psicossocial no Estado, Distrito Federal e Municípios.
- b. Apresentação e análise da matriz diagnóstica conforme o Anexo I desta Portaria na Comissão Intergestores Bipartite - CIB, no Colegiado de Gestão da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal - CGSES/DF e Colegiado de Gestão Regional – CGR.
- c. Homologação da região inicial de implementação da Rede de Atenção Psicossocial na CIB e CGSES/DF.
- d. Instituição de Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial, formado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e apoio institucional do Ministério da Saúde (MS), que terá como atribuições:
 1. Mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase.
 2. Apoiar a organização dos processos de trabalho voltados a implantação/implementação da rede.
 3. Identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase.
 4. Monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede.

III - FASE 3: Contratualização dos Pontos de Atenção:

- a. Elaboração do desenho da Rede de Atenção Psicossocial.
- b. Contratualização pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal ou pelo Município dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial observadas as responsabilidades definidas para cada componente da Rede.
- c. Instituição do Grupo Condutor Municipal em cada Município que compõe o CGR, com apoio institucional da SES.

IV - FASE 4: Qualificação dos componentes:

- a. Realização das ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede, previstas no art.6º desta Portaria.
- b. O cumprimento das metas relacionadas às ações de atenção à saúde que deverão ser definidas na matriz diagnóstica para cada componente da Rede serão acompanhadas de acordo com o Plano de Ação Regional e dos Planos de Ações Municipais.

Destacamos que o planejamento e o desenho da RAPS leva em consideração a avaliação das necessidades em atenção psicossocial no nível local, conforme a fase 1 acima descrita.

Assim, a utilização da matriz diagnóstica da RAPS, citada na fase 2 acima, que encontra-se no anexo da Portaria 3088/11, auxilia a compreensão das pessoas de quais componentes e pontos de atenção se equivalem aos seus municípios de origem.

MATRIZ DIAGNÓSTICA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL					
Região:					
Município:					
População:					
COMPONENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâmetro
I. Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde				Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica, de 21 de outubro 2011.
	Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas				Consultório na Rua. -Portaria que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.
					Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório.
					1 - municípios com 3 ou mais CT: 1 equipe para cada 3 CTs. 2 - municípios com menos de 3 CT (menos de 80 pessoas): a atenção integral fica por conta das equipes de AB do município.
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família				Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica - 2011
Centro de Convivência					

II. Atenção Psicossocial Especializada	Centro de Atenção Psicossocial				
	CAPS I				Municípios ou regiões com pop. acima de 20 mil hab.
	CAPS II				Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab.
	CAPS III				Municípios ou regiões com pop. acima de 200 mil hab.
	CAPS AD				Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab.
	CAPS ADIII				Municípios ou regiões com pop. acima de 200 mil hab.
	CAPS i				Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab.
III. Atenção de Urgência e Emergência	UPA / SAMU				Conforme orientações da Portaria da Rede de Atenção às Urgências, de 07 de julho de 2011.
IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório	UA ADULTO				1 UA (com 15 vagas) para cada 10 leitos de enfermarias especializadas em hospital geral por município.
	UA INFANTO-JUVENIL				Municípios com mais de 100 mil habitantes e com mais de 2500 crianças e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas (UNODC, 2011) . Municípios com 2500 a 5000 crianças e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas: 1 Unidade.
	COMUNIDADE TERAPÊUTICA				Municípios com mais de 5000 crianças e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas: 1 Unidade para cada 5000 crianças e adolescentes.

V. Atenção Hospitalar	LEITOS				1 leito para cada 23 mil habitantes Portaria n° 1.101/02
	ENFERMARIA ESPECIALIZADA				
VI. Estratégias de Desinstitucionalização	SRT				A depender do n° de municípios longamente internados
	PVC				A depender do n° de municípios longamente internados
VII. Reabilitação Psicossocial	COOPERATIVAS				

Fonte: Brasil (2011a).

Por entendermos que a RAPS deva estar pautada na discussão dos instrumentos de gestão dos estados e municípios, destacamos os seguintes instrumentos no campo da Gestão do SUS:

o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão (BRASIL, 2006b, 2006c).

Conforme Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b, 2006c) Plano de Saúde é o instrumento básico que norteia a definição da Programação Anual das ações e serviços de saúde prestados pelo SUS. O Relatório Anual de Gestão é uma ferramenta que apresenta os resultados alcançados e orienta e redireciona ações que se fizerem necessárias.

O plano de saúde indica os resultados no prazo de quatro anos através de objetivos, diretrizes e metas. É elaborado a partir da análise da situação e condição de saúde, considera as viabilidades de financiamento e define o modo de operacionalização (CALVO; MAGAJEWSKI; ANDRADE, 2012). O Plano de Saúde deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde conforme a realidade, municipal, estadual e nacional (BRASIL, 2006c).

A Programação Anual de Saúde define as ações que garantam o cumprimento do Plano de Saúde. Deve incluir as metas anuais correspondentes a cada uma das ações elencadas; aponta os indicadores utilizados para monitorar a própria programação; define os recursos orçamentários para que a programação seja cumprida (BRASIL, 2006c).

O Relatório Anual de Gestão (RAG) é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários. Do mes-

mo modo que no plano de saúde, os resultados são acompanhados com base nos indicadores definidos na Programação de Saúde (BRASIL, 2006c).

Uma vez incluídas as ações de saúde mental e a RAPS nos instrumentos de gestão, estas poderão ser acompanhadas pelo controle social intersetorial do município, em especial, através dos conselhos de saúde.



Palavra do profissional

Para relembrar o tema do controle social, conferências de saúde mental e associações de usuários e familiares releia a Unidade 2 do módulo VI.

Para sensibilizar os gestores de saúde a criarem as RAPS, o MS instituiu o Comitê de Mobilização Social para a Rede de Atenção Psicossocial através da Portaria 1.306 (BRASIL, 2012f). O grupo tem como diretrizes a ampliação do envolvimento da Sociedade Civil na discussão relacionada às ações voltadas às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, das necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; contribuir para o fortalecimento do controle social destas ações entre outros.

Outra instância da esfera federal, mas que subsidia e acompanha a formulação e execução da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), em especial a RAPS, é o Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde Mental, instituído pela Portaria nº 3.796 (BRASIL, 2010g). Dentre suas finalidades, está a de assessorar o Ministério da Saúde na condução da PNSM. Com isto, cada estado brasileiro pode instituir colegiados de coordenadores de saúde mental para assessorar na condução da política de saúde mental das regiões.



Palavra do profissional

Na perspectiva do controle social, temos os conselhos de saúde que fiscalizam as políticas públicas de saúde e isto inclui as RAPS. Para o avanço desta Rede específica, foi criado o Grupo Condutor a partir da portaria 3088/11 que destaca para os estados e municípios criarem seus grupos e avancarem a RAPS. O vínculo dos Grupos Condutores é com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e com as Comissões Intergestoras Regionais e as Bipartites de cada Estado.

3.7 Resumo

Retomando o objetivo desta unidade 3, você pôde desenvolver seu conhecimento acerca do planejamento e gestão na Atenção Psicossocial. Nesse processo pedagógico, destacamos conteúdos que problematizaram as análises situacionais para o gerenciamento da RAPS. Observamos que o planejamento e gerenciamento estão intimamente relacionados com o financiamento, que se encontra em transformação. O ordenamento da RAPS tem o território vivido como categoria central para sua expansão, e o cuidado as pessoas em sofrimento psíquico é transversal a toda rede intersetorial.

3.8 Fechamento

No decorrer deste Módulo apresentamos de modo sucinto os aspectos epidemiológicos de transtornos mentais que vem preocupando a saúde pública nacional e dados relacionados ao consumo de crack, álcool e outras drogas. Como vimos os transtornos mentais estão entre as patologias de alta incidência, difícil identificação e variados prognósticos.

Você estudou que ao considerarmos o consumo de substâncias, de acordo com dados da Organização Mundial de Saúde, cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo, consomem abusivamente substâncias psicoativas independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo, tendo o fumo e o álcool como de maior uso no mundo. Outra grande preocupação dos brasileiros, atualmente, é o aumento do uso de crack que se apresenta no país. De acordo com estudo, há em torno de dois milhões de brasileiros.

A partir do perfil epidemiológico do país a organização e planejamento das ações em saúde tem se dado com o incentivo de ações extra-hospitalares. Ao final de 2010, mais de 70% dos recursos federais para a saúde mental foram gastos com ações comunitárias.

Portanto, no contexto das políticas públicas de saúde é esperado que as regiões de saúde se organizem de modo a considerar as identidades culturais e socioeconômicas, as necessidades de saúde e a economia de escala, devendo ofertar, ações de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, ambulatorial especializada e hospitalar e de vigilância em saúde.

Neste contexto a gestão é um processo complexo, especialmente quando o foco é a avaliação de um serviço de saúde mental, pois propõem romper com o modelo anterior centrado no hospital reproduzindo as práticas de

isolamento, segregação, exclusão e submissão à autoridade. Nesta perspectiva temos que pensar a gestão como uma ação política com interlocução e avaliação, como um instrumento que requer uma metodologia específica que contemple a pluralidade e a interdisciplinaridade, focando as inter-relações entre subjetividade, gestão dos processos de trabalho e clínica.

Fechamos esta unidade anunciando que, no próximo módulo, você conhecerá a Clínica da Atenção Psicossocial: psicopatologia dos transtornos mentais e uso abusivo de substâncias psicoativas.

3.9 Recomendação de Leitura Complementar

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. v. 1. 482p.

RIGHI, L. B. Redes de Saúde: Uma Reflexão sobre Formas de Gestão e o Fortalecimento. In: CUNHA, G. T. (Org.). **Cadernos Humanizassus: atenção básica**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010, v. 1, p. 59-74.

Encerramento do Módulo

Caro aluno,

Neste módulo apresentamos a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a complexidade que a envolve. Nessa, o processo de trabalho é organizado por serviços que visam a inclusão social, o respeito aos direitos humanos e reabilitação psicossocial pelos serviços comunitários de saúde. O cuidado em saúde mental dinamiza-se com o território e se amplia na medida em que a pessoa em sofrimento psíquico se emancipa. Nessa perspectiva, o cuidado de enfermagem em saúde mental se potencializa na medida em que busca a recuperação e empoderamento das pessoas. Vimos que o planejamento e gestão são instrumentos para o avanço do SUS. Sendo assim, chegamos ao nosso objetivo de ampliar o conhecimento para que você seja um ativador de redes em seu território de cuidado.

Esperamos que nosso encontro tenha sido proveitoso. E desde já desejamos bom estudo!

Parabéns pelo empenho e dedicação em mais um módulo! Vamos para o próximo?

Referências

ALVES, D. S.; GULJOR, A. P. O cuidado em saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004. p. 221-240.

AMARANTE, P. D. C. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

_____. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: Fernandes M. I. (org.) **Fim de século: ainda manicômios?** São Paulo: IPUSP, 1999. 47-56 p.

_____. [Clínica] e a Reforma psiquiátrica. In: _____. **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003.

AMARANTE, P. D. C.; GIOVANELLA, L. O enfoque estratégico do Planejamento em Saúde e Saúde Mental. In: AMARANTE, P. D. C. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 113-147.

AMARANTE, P. D. C.; TORRE, E. H. G. A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na reforma psiquiátrica no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 25, n. 58, p. 26-34, maio/ago. 2001.

ANDRADE, W. V.; BOTTI, N. C. L. A saúde mental na atenção básica: articulação entre os princípios do SUS e da reforma psiquiátrica. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 13, p. 387-394, 2008.

BAGGIO, M. A.; CALLEGAROI, G. D.; ERDMANNI, A. L. Compreendendo as dimensões de cuidado em uma unidade de emergência hospitalar. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 381-386, maio/jun. 2009.

BANDEIRA, M.; BARROSO, S. M. Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 54, n. 1, p. 34-46, 2005.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 12 nov. 2012

_____. Portaria n. 224, de 29 de janeiro de 1992. Define as diretrizes para criação e organização dos núcleos/centros de atenção psicossocial (NAPS/CAPS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 jan. 1992. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/saude-mental/PORTARIA_224.pdf>. Acesso em: 15 out. 2012.

_____. Lei n. 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**, Brasília, DF, 09 abr. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 5 nov. 2012.

_____. Portaria n. 251, de 31 de janeiro de 2002. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2002b. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/saude-mental/Portaria_251.pdf>. Acesso e: 5 out. 2012.

_____. **Saúde mental e Atenção Básica**: o vínculo e o diálogo necessários: inclusão das ações de saúde mental na atenção básica, Brasília: Ministério da Saúde, 2003a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2012.

_____. Lei n. 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1 ago. 2003b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.708.htm>. Acesso em: 20 nov. 2012.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Cadernos do aluno**: saúde mental. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003c.

_____. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003d.

_____. **Saúde Mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Atualiza normas constantes da Portaria MS/SAS n.º 224, de 29 de janeiro de 1992 e estabelece os centros de atenção psicossocial nas modalidades CAPS I, CAPS II e CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. In: _____. **Legislação em saúde mental**: 1990-2004, 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. p. 125-36.

_____. Portaria n. 52, de 20 de janeiro de 2004. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS - 2004. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2004c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mental/visualizar_texto.cfm?idtxt=23200>. Acesso em: 29 set. 2012.

_____. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil:** conferência regional de reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. **O SUS de A a Z:** garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. **Política nacional de atenção às urgências.** 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 256 p.

_____. Portaria n. 3.085, de 1º de dezembro de 2006. Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 dez. 2006b. Disponível em: <http://www.saude.al.gov.br/sites/default/files/portaria_3085_1_12_2006b.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2012

_____. Portaria n. 3.332, de 28 de dezembro de 2006. Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2006c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pt3332_instrumentos_planejasus.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2012.

_____. **Política Nacional de atenção básica.** 4. ed. Brasília, DF, 2007.

_____. Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2008a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_04_03_08_re.pdf>. Acesso em 12 out. 2012.

_____. **Saúde da família no Brasil:** uma análise de indicadores selecionados 1998-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

_____. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 2010a. Seção 1, p. 88.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Saúde Mental em Dados 7, **Informativo eletrônico**. Brasília, ano 5, n. 7, jun. 2010c. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> e <<http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental>>. Acesso em: 03 abr. 2013.

_____. Decreto n. 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o plano integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 mai. 2010d.

_____. Portaria n. 4.135, de 17 de dezembro de 2010. Destina recursos financeiros emergenciais para ações de qualificação da rede de atenção integral em álcool e outras drogas em municípios de pequeno porte, no âmbito do plano integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 dez. 2010e. Seção 1.

_____. Portaria n. 2.841, de 20 de setembro de 2010. Institui, no âmbito do sistema único de saúde - SUS, o centro de atenção psicossocial de álcool e outras drogas - 24 horas - CAPS AD III. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 dez. 2010f.

_____. Portaria n. 3.796, de 6 de dezembro de 2010. Institui o Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde Mental e define sua composição. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2010g. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3796_06_12_2010.html>

_____. Portaria n. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 dez. 2011a. Seção 1, p. 230-2.

_____. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a estratégia saúde da família (ESF) e o programa de agentes comunitários de saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 out. 2011b. Seção 1, p. 48-55.

_____. Saúde mental no SUS: as novas fronteiras da reforma psiquiátrica. **Relatório de Gestão 2007-2010**. Brasília. jan. 2011c. 106 p.

_____. Portaria 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. **Diário Oficial da União**, Brasília. 2011d. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html>. Acesso em: 10 abr. 2013.

_____. Saúde Mental em Dados 8, **Informativo eletrônico**. Brasília, ano 7, n. 8, jan. 2011e. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> e <<http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental>>. Acesso em: 03 abr. 2013

_____. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jun. 2011f.

_____. Portaria n. 121, de 25 de janeiro de 2012. Institui a unidade de acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da rede de atenção psicossocial. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2012a.

_____. Portaria n. 131, de 26 de janeiro de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2012b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvsmms/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html>. Acesso em: 20 jul. 2012.

_____. Portaria n. 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**, Brasília, DF, 2012c.

_____. Portaria n. 854, de 22 de agosto de 2012. Orientação de preenchimento da ficha complementar de atenção psicossocial. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2012d. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvsmms/saudelegis/sas/2012/prt0854_22_08_2012.html>. Acesso em: 03 abr. 2013.

_____. Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 jan. 2012e. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm>. Acesso em: 03 abr. 2013

_____. Portaria n. 1.306, de 27 de junho de 2012. Instituiu o Comitê de Mobilização Social para a Rede de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2012f. Disponível em: <<http://brasilus.com.br/legislacoes/gm/113893-1306.html>>. Acesso em: 03 abr. 2013.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. 1. ed. SÃO PAULO: HUCITEC, 2003. 185p.

CALVO; MAGAJEWSKI; ANDRADE . **Gestão e Avaliação na atenção básica**. 2. ed. Florianópolis: [s.n.], 2012.

CAPRA, F. **As conexões ocultas**. São Paulo: Cultrix, 2002.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. O cuidado em saúde mental na atualidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 3, p. 687-91, 2011.

CFP (Conselho Federal de Psicologia). **Contribuições do Conselho Federal de Psicologia para a constituição da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde a partir do Decreto 7.508/2011**. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/redepicossociaisfinal1.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2012.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL - INTERSETORIAL, 4., 2010, Brasília. **Relatório Final**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.

COREN (Conselho Regional de Enfermagem). **Principais legislações para o exercício da enfermagem**. São Paulo: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, 2009.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.) **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000, p. 141-168.

DALMOLIN, B. M. **Esperança equilibrada**: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

DELGADO, P. G. G. et al. O Ministério da Saúde e a saúde mental no Brasil: panorama da última década. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. **Cuidar sim, excluir não**. Brasília: Ministério da Saúde. 2001.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise. In: DELGADO, J. **A loucura na sala de jantar**. São Paulo: Ed. Autor, 1991. p. 53-79.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In AMARANTE, P. (Org.), **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. vol. 2. Rio de Janeiro: Nau. 2005. p. 161-194.

ERDMANN, A. L. **Sistema de cuidado de enfermagem**. Pelotas: UFPel, 1996.

FORTES, J. I. et al.. **Curso de especialização profissional de nível técnico em enfermagem: urgência e emergência**. São Paulo: FUNDAP, 2010. 307 p.

FRANCHINI, B. **Contribuições do Planejamento Estratégico às Políticas Públicas de Saúde Mental do município de Blumenau/SC**. 2006. 91f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

FUREGATO, A. R. F. A conduta humana e a trajetória do ser e do fazer da enfermagem. In: JORGE, M. S. B.; SILVA, W. V.; OLIVEIRA, F. B. O. (orgs.). **Saúde Mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio**. São Paulo: Lemos Editorial, 2000. p. 93-116.

GINSBERG, E. **La salud mental en el neoliberalismo**. 2. ed. México, DF: Plaza y Valdés editores, 2004.

INOJOSA, R. M. Revisitando as redes. **Divulgação em Saúde para o Debate**, v. 41, p. 36-46, 2008.

JARDIM, V. M. R. et al. Avaliação da política de saúde mental a partir dos projetos terapêuticos de centros de atenção psicossocial. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 241-8, abr./jun. 2009.

JORGE, M. S. B. et al. Interdisciplinaridade no processo de trabalho em Centro de Atenção Psicossocial. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 23, n. 3, p. 221-30, jul./set. 2010.

_____. Reabilitação psicossocial: visão da equipe de saúde mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 6, p. 734-9, 2006.

LIMONAD, E. Urbanização e Organização do Espaço na Era dos Fluxos. In: SANTOS, M. et al. (Org.). **Território, Territórios, ensaios sobre o ordenamento territorial**. 3. ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2007. v. 1, p. 145-170.

LOYOLA, C. Notas sobre o cuidar em enfermagem psiquiátrica. In: CAVALCANTI, M. T.; FIGUEIREDO, A. C.; LEIGING, A. (org.) **Por uma psiquiatria inquieta**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2008. p. 67-70

MARTINS, M. E.; GONÇALVES, A. M. C. Relacionamento terapêutico: a abordagem como ação básica de saúde. In: RIBEIRO, M. S. (org). **Ferramentas para descomplicar a atenção básica em saúde mental**. Juiz de Fora: UFJF, 2007.

MENDES, E. V. **As redes de Atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: OPAS; OMS, 2011.

MERHY, E. E. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: MERHY, E.E; AMARAL, H. (Org.). **Reforma Psiquiátrica no cotidiano II**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. v. 1, p. 55-66.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. Porto Alegre: Sulina, 2006.

_____. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 2000.

NICÁCIO, F.; CAMPOS, G. W. S. A complexidade da atenção às situações de crise - contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. **Rev. Ter. Ocup.**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 71-81, maio/ago. 2004.

OLIVEIRA, A. G. B. Reflexão sobre trabalho e cuidado em atenção psicossocial. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 694-702, dez. 2007.

OMS. (Organização mundial da Saúde). **Relatório sobre a saúde no mundo 2001**: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Geneva: OMS, 2001.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Caderno de Saúde Pública**. v. 22, n. 5, p. 1053-62, maio 2006.

OUVERNEY, A. M. Os desafios da gestão em rede no SUS: situando a regionalização no centro da agenda estratégica da política de saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 42, p. 12-22, 2008.

PAIM, J. S. Planejamento em Saúde para não especialistas. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 1ªed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec , Fiocruz, 2006, v. , p. 767-782.

PEREIRA, M. L. A.; MACHADO, M. P.; NASCIMENTO, S. A. B. G. Inserção da saúde mental no programa saúde da família com oficinas de sensibilização: relato de experiência. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, n. 1, p. 59-64, 2008.

PERSEGONA, K. R.; LACERDA, M. R.; ZAGONE, I. P. S. A subjetividade permeando o processo de cuidar em enfermagem à criança com dor. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 9, n. 2, p. 518-525, mai./ago. 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a18.htm>>. Acesso em: 10 jun. 2012.

PITTA, A. M. F. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: _____ (org.) **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 19-26.

PROGRAMA DE FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL TÉCNICO PARA ÁREA DE SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO. Disponível em: <<http://tecsaude.sp.gov.br/>>, Acesso em: 23 jun. 2012.

ROCHA, R. M. O enfermeiro na equipe interdisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial e as possibilidades de cuidar. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 350-7, jul./set. 2005.

ROTELLI, F. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. In: ROTELLI, F. et al **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 17-59.

ROY, C.; ANDREWS, H. A. **Teoria de enfermagem**: o modelo de adaptação de Roy. 1. ed.. Lisboa: Instituto Piaget, 2001.

SARACENO, B. **Reabilitação como cidadania**. Rio de Janeiro (RJ): TeCorá; 1999, p. 111-42.

SCHERER, E. A.; CAMPOS, M. A. **O trabalho em equipe interdisciplinar em saúde mental**: uma revisão da literatura. Estudos em Saúde Mental, Ribeirão Preto: [s.n], 1997. p. 264-285.

SESAU (Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas). **Saúde Alagoas 2009**: uma análise da situação de saúde. Maceió, 2010. Disponível em: <http://www.saude.al.gov.br/sites/default/files/analise_da_situacao_de_saude_2009.pdf>. Acesso em 10 nov. 2012.

SILVA, A. L. A.; FONSECA, R. M. G. S. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 441-449, maio/jun. 2005.

SILVA, K. L.; SENA, R. R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 42, n. 1, p. 48-56, 2008.

VERDI, M; AMADIGI, F.R. Vigilância da Saúde: estratégia para a mudança das práticas de saúde no SUS. In: VERDI, M., BOEHS, A., ZAMPIERI, M. F. (Org.). **Enfermagem na Atenção Primária de Saúde**. Textos Fundamentais. 1ed. Florianópolis: UFSC/NFR/SPB, 2005, v. 1, p. 75-98.

VIEIRA, F. S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, supl.1, p. 1565-1577, 2009.

WETZEL, C. et al. Dimensões do objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2133-2143, 2011.

WHO (World Health Organization). **Mental health context**: mental health policy and service guidance package. Geneva: WHO, 2003.

Minicurrículos dos autores

Lucilene Cardoso

Docente do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, Doutora em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo (2008), Mestre em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo (2006), Bacharel em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP (2003). Atuando no ensino, pesquisa e extensão universitária através de pesquisas, produção científica, assistência em saúde mental e docência. Está inserida na linha de pesquisa Enfermagem Psiquiátrica: o doente, a doença e as práticas terapêuticas, desenvolvendo pesquisas relacionadas à manutenção do tratamento e cuidados extra-hospitalar em saúde mental, tais como, práticas da enfermagem psiquiátrica na comunidade, egressos de internação psiquiátrica, reabilitação psicossocial, adesão ao tratamento, relações familiares, o cuidado à saúde dos cuidadores (satisfação, estresse, sobrecarga etc.), recaída psiquiátrica e saúde mental. Endereço na Plataforma Lattes: <<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4704559H2>>.

Zeyne Alves Pires Scherer

Possui Graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal do Espírito Santo (1989). Especialização (1991), Mestrado (1995) e Doutorado (2005) em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo. Especialização em Psicoterapias analíticas grupais e Coordenação de grupo (2001) pelo Núcleo de Formação da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo (SPAGESP). Atualmente é professora doutora MS-3 do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Avaliadora do INEP (Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas e Educacionais Anísio Teixeira) de Curso de Graduação do Banco de Avaliadores do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – BASis, Ministério da Educação. Coordenadora do Grupo de Estudos Interdisciplinar sobre Violência (GREIVI). Atua nas seguintes Linhas de Pesquisa: Promoção de Saúde Mental e Estudos sobre a conduta, a ética e a produção do saber em saúde. Desenvolve projetos de pesquisa sobre a temática da saúde mental, da educação e da violência. Para consolidar as ações de pesquisa, ensino e extensão tem dirigido a atenção para pesquisas com enfoque na temática violência interpessoal (intrafamiliar e doméstica) e violência institucional

(escolas, serviços de saúde e instituições de privação de liberdade) contra grupos considerados vulneráveis como crianças, adolescentes, mulheres e portadores de transtornos mentais. Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/0261961257446579>>.

Maria Terezinha Zeferino

Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Santa Catarina (1984); Mestre em Engenharia Civil pela Universidade Federal de Santa Catarina (2004); Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2010); Pós-doutorado na área do Fenômeno das Drogas pelo Center for Addiction and Mental Health University of Toronto/Canadá. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Líder do Grupo de Estudos em Atenção Psicossocial e Drogas (APIS) da UFSC. Desenvolve seus trabalhos acadêmicos e de pesquisa na área de Enfermagem, com ênfase em Saúde Mental e Fenômeno das Drogas, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde mental, fenômeno das drogas, enfermagem psiquiátrica, saúde do caminhoneiro, fenomenologia sociológica compreensiva de Alfred Schultz, atenção básica e acidente de trânsito. Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/2532658022267499>>.

Jonas Salomão Spricigo

Possui Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (1976), Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (1983) e Doutorado em Filosofia da Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2001). Atualmente é professor associado I da Universidade Federal de Santa Catarina. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem Psiquiátrica/Saúde Mental. Atuando principalmente nos seguintes temas: saúde mental, ensino enfermagem, desinstitucionalização, atenção psicossocial e reforma psiquiátrica. Tutor do Programa PET- Saúde da Família da UFSC, 2010, PET-Saúde Mental UFSC, 2011, c/ a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC, nos Editais 2009 e 2010-2011. Coordenador do projeto de extensão Atenção ao Usuário de Drogas, em parceria com o Fórum Judiciário Norte de Florianópolis/SC. Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/5481355832257570>>.



Ministério da
Saúde

