



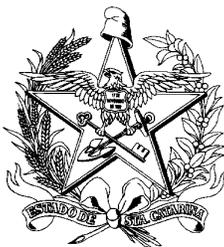
**SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE**



Coordenação Estadual
de Saúde Mental

SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: DIRETRIZES PARA O CUIDADO NO ESTADO DE SANTA CATARINA

FLORIANÓPOLIS, 2015



Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina
Superintendência de Planejamento e Gestão
Diretoria de Planejamento, Controle e Avaliação do SUS
Gerência de Coordenação da Atenção Básica
Coordenação Estadual de Saúde Mental

SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS:
Diretrizes para o **cuidado** no Estado de Santa Catarina



"O QUE SERIA DA VIDA
SE NÃO TENTÁSSEMOS
ALGO NOVO"

VAN GOGH, 1853-1890

SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS:
Diretrizes para o **cuidado** no Estado de Santa Catarina

Secretário Estadual da Saúde
João Paulo Karam Kleinubing

Secretário Adjunto
Murilo Ronald Capella

Superintendente de Planejamento e Gestão
Clécio Antonio Espezim

Diretora de Planejamento, Controle e Avaliação do SUS
Karin Cristine Leopoldo Geller

Gerente de Coordenação da Atenção Básica
Lizete Contin

Elaborado pela Coordenação Estadual de Saúde Mental
Marly Denise Wuerges de Aquino – Coordenadora Estadual de Saúde Mental
Sandra Barreto – Técnica da Coordenação Estadual de Saúde Mental

Colaboradores da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis
Diogo de Oliveira Boccardi – Coordenador CAPS II Ponta do Coral
Fernanda de Conto – Coordenadora CAPS AD Ilha e Gerência de CAPS
Fernanda Costa Nicolazzi – Coordenadora CAPSi

Mari Ângela de Freitas – Coordenadora de Fortalecimento da Atenção Básica da Macrorregião Sul do Estado de Santa Catarina

Formatação
Fabrícia Vasco – Técnico Administrativo da Gerência de Coordenação da Atenção Básica (GEABS/SES-SC)

Revisão de texto
Robson Guimarães de Aquino

Arte gráfica e Diagramação
Vanessa de Luca

APRESENTAÇÃO

Trata-se de um documento que tem por finalidade subsidiar a partir da clínica e do processo de trabalho, as ações das equipes dos diversos componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS), no Estado de Santa Catarina.

Este trabalho foi elaborado para sistematizar e orientar a oferta de atenção integral às pessoas em sofrimento psíquico.

Decorre da necessidade de utilizar os pressupostos da Política Nacional de Saúde Mental para nortear e qualificar as práticas de gestão e de atenção, cujas diretrizes são adotadas pelo Estado catarinense.

Esta compreensão é relevante na medida em que reconhece a singularidade como norteadora do conceito ampliado de saúde voltado para a defesa da vida e para o entendimento de atenção em Rede de Saúde (RAS).

O conjunto de intervenções possíveis nos diversos pontos de atenção da RAPS deve fazer sentido a todos os trabalhadores objetivando qualificar o cuidado em saúde mental observando-se as subjetividades do público alvo.

O trabalho desenvolvido nos pontos da RAPS deve estar ancorado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, além da participação social.

SUMÁRIO

1. Introdução.....	9
2. O Papel da Atenção Básica na Rede de Atenção Psicossocial.....	11
2.1 Consultório na Rua.....	13
2.2 Centros de Convivência e Cultura.....	13
3. O Papel dos CAPS e suas modalidades.....	15
3.1 A Organização do Processo de Trabalho do CAPS.....	16
3.1.1 Orientações Gerais.....	16
3.1.2 Acesso ao CAPS: organização e planejamento do cuidado.....	17
3.1.3 Planejamento do Projeto Terapêutico Singular.....	17
3.1.4 Técnico de Referência e seu Papel no Processo de Trabalho no CAPS.....	18
3.1.5 Atividades realizadas nos CAPS.....	19
3.1.5.1 Atividades Coletivas.....	19
3.1.5.2 Atenção às situações de crise.....	20
3.1.5.2.1 Manejo não medicamentososodacrise.....	20
3.1.5.2.2 Manejo verbal nas situações de crise.....	21
3.1.6 Matriciamento das Equipes.....	21
3.1.6.1 Ações de Redução de Danos.....	22
3.1.6.2 Dispensação de medicamentos no CAPS.....	22
3.2 Serviço Residencial Terapêutico (SRT).....	22
3.3 Unidades de Acolhimento.....	23
3.4 Programa de Volta para Casa.....	23
3.5 Estratégia de Reabilitação Psicossocial.....	24
4. Componente Hospitalar.....	25
4.1 Atenção hospitalar em urgência e emergência.....	25
4.2 Internação em leito de hospital geral.....	25
5. Judicialização da Saúde.....	27
6. Legislação da RAPS.....	28
7. Considerações Finais.....	29
8. Bibliografia.....	30

1. INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica baseou-se no modelo Italiano surgido no início da década de 70, questionando a forma asilar e propondo novas alternativas de cuidado.

No Brasil, a participação efetiva dos trabalhadores da saúde e discussões intersetoriais na sociedade ao longo do tempo, culminou com a sustentação teórica para a publicação da Lei nº 10.216/2001.

A Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, republicada em 21 de maio de 2013, instituiu a RAPS com a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para as pessoas em sofrimento psíquico decorrente de transtorno mental, uso de álcool e outras drogas, enquanto espaço de cuidado de porta aberta, primando pela liberdade e cidadania.

O estabelecimento do novo modelo territorial e ambulatorial exige dos trabalhadores da saúde questionamentos das práticas tradicionais instituídas e a superação constante de desafios.

A todo o momento impõe-se a (re) construção de ferramentas para o atendimento das pessoas em suas subjetividades.

Assim, o trabalho nos diversos componentes da RAPS deve estar baseado em educação continuada construída na prática. A qualificação se dá quando as dificuldades são analisadas, avaliadas e implementadas sob novos olhares.

A instalação de um ambiente democrático com estruturas e mecanismos institucionais que possibilitam o desenvolvimento de práticas fundamentadas na cooperação entre os saberes é fundamental.

O trabalho, sob esta perspectiva, gera possibilidades de intervenções terapêuticas, a partir da abordagem centrada nas necessidades de cada pessoa.

As intervenções em saúde mental não devem ficar restritas à cura de doenças, mas possibilitar troca e compartilhamento de saberes para a produção de saúde e melhorias nas condições e modos de vida das pessoas na comunidade.

Compõem a RAPS os seguintes dispositivos:

- a) Atenção Básica/NASF/Consultório na Rua/Centros de Convivência;
- b) Centro de Atenção Psicossocial;
- c) Serviço Residencial Terapêutico;
- d) Unidades de Acolhimento;
- e) Programa de Volta para Casa;
- f) Estratégia de Reabilitação Psicossocial;
- g) Componente Hospitalar: atenção de urgência e emergência e internação em leito de saúde mental em hospital geral.

COMPONENTE	PONTOS DE ATENÇÃO
Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde
	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
	Consultório na Rua
	Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório
	Centros de Convivência e Cultura
Atenção Psicossocial Estratégica	Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU 192
	Sala de Estabilização
	UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento
	Serviço de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	Enfermaria especializada em Hospital Geral
	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
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos
	Programa de Volta para Casa
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda
	Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

Fonte: portalsaude.saude.gov.br

Saúde mental - Rede de Atenção Psicossocial

2. O PAPEL DA ATENÇÃO BÁSICA NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A Atenção Básica (AB), porta preferencial do sistema de saúde, se caracteriza por um conjunto de ações de saúde (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação), desenvolvida sob forma de trabalho de equipe, dirigida a populações de territórios bem definidos assumindo a responsabilidade sanitária por este espaço geográfico.

A AB, como porta de entrada de caráter territorial e ambulatorial, deve possibilitar o acesso ao sistema de saúde inclusive das pessoas que demandam atenção ao sofrimento psíquico.

As intervenções em saúde mental suscitam dúvidas, medos e curiosidades que podem limitar as respostas às demandas/necessidades das pessoas e da sua rede social.

O acolhimento implica, na prática diária dos profissionais, o reconhecimento da subjetividade e da singularidade do usuário para a oferta do cuidado integral em saúde mental. A partir da escuta busca-se junto com o usuário respostas às suas queixas.

As práticas em saúde mental na AB devem ser realizadas por todos os profissionais de saúde, com base no entendimento de território e de relação de vínculo. Neste sentido é preciso desmistificar as crenças de que somente profissionais da área da saúde mental, como psiquiatras e psicólogos podem se responsabilizar por este cuidado. Contudo é preciso estar ciente da importância do conhecimento técnico do especialista e de como este pode contribuir para o aprofundamento do saber da equipe.

O famoso “desabafo” pode e deve ser sempre considerado como uma possibilidade para a avaliação da situação em que o usuário se encontra no momento. Ter o profissional de saúde da AB como um interlocutor pode ser uma via importante para a reflexão sobre os sofrimentos cotidianos, muitas vezes responsáveis por somatizações ou complicações clínicas quando não conduzidos de forma adequada.

O sofrimento psíquico é vivenciado por todas as pessoas, em maior ou menor grau (relações sociais, situações decorrentes de separações, luto, relacionadas a ciclos de vida, violência doméstica, conflitos familiares, entre outras).

De acordo com Chiaverini (2011), “cabe a todos os profissionais da Atenção Básica:

- proporcionar ao usuário um momento para pensar/refletir;
- exercer boa comunicação;
- exercitar a habilidade da empatia;
- lembrar-se de escutar o que o usuário precisa dizer;
- acolher o usuário e suas queixas emocionais como legítimas;
- oferecer suporte na medida certa; uma medida que não torne o usuário dependente e nem gere no profissional uma sobrecarga;
- reconhecer os modelos de entendimento do usuário.”

O compartilhamento de saberes entre os trabalhadores da equipe constitui importante fator para que a AB cumpra o seu papel de porta de entrada do sistema de saúde objetivando a resolutividade esperada na atenção em saúde mental.

Estratégias de comunicação propositivas entre os trabalhadores (googletalk, whatsapp, entre outras) podem contribuir para este compartilhamento e para a melhoria do processo de trabalho.

A busca de alternativas, soluções criativas e inovadoras capazes de motivar as pessoas (trabalhadores e comunidade) objetiva a otimização do processo de trabalho das equipes.

O estabelecimento, nas unidades de saúde e nos espaços comunitários, de grupos de famílias e de ciclos de vida, entre outros, podem se constituir em ações de promoção da saúde, estimulando a cidadania.

A ampliação do acesso e a melhoria da qualidade e resolutividade estão entre os principais desafios da AB e neste contexto, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) constitui-se uma ferramenta indispensável. A proposta de trabalho das equipes do NASF é apoiar a atuação das equipes da AB/ESF na RAS e contribuir para o aumento da sua resolutividade.

O apoio do NASF pode se configurar de várias maneiras, ancorado na compreensão da clínica ampliada, com as diferentes equipes a ele vinculadas: apoio matricial, interconsultas, participação em grupos na unidade/comunidade, processo de educação permanente das equipes, atendimentos individuais, entre outros.

O NASF é uma equipe constituída por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de AB/ESF, ampliando a disponibilização de informação técnica aos profissionais envolvidos.

Após esgotadas as possibilidades de trocas de saberes (interconsultas, matriciamento, entre outras), sendo necessário, o agendamento de consultas para o NASF deve ser realizado conjuntamente de preferência nas reuniões entre os profissionais das equipes de AB/ESF e NASF.

A participação das equipes do NASF nas unidades básicas de saúde (UBS) do município deve ser compartilhada com gestores (coordenadores da AB e/ou da Saúde Mental) e representantes das equipes da AB/ESF para o processo democrático de gestão, o alcance da equidade esperada e da atenção qualificada em saúde.

Por se tratar de equipe de apoio, a carga horária dos profissionais do NASF é sempre menor que a dos profissionais da AB/ESF em cada UBS.

Por isto é preciso instituir mecanismos de comunicação que permitam interlocução adequada às demandas, como por exemplo, para situações de urgência em saúde mental (violência, sofrimento psíquico intenso, ameaça de suicídio, etc.).

Assim, os profissionais do NASF devem poder ser acessados pela equipe da AB/ESF sempre que necessário, em resposta às múltiplas carências do usuário.

Devem ser referenciados para os CAPS somente casos graves cuja possibilidade de tratamento ultrapasse as capacidades de intervenção das equipes de AB/ESF e NASF.

Em municípios onde a Rede de Atenção Psicossocial ainda não está integralmente implantada é de responsabilidade da AB/ESF a avaliação e, caso necessário, o encaminhamento para o hospital, a partir do SAMU.

2.1 CONSULTÓRIO NA RUA

Trata-se de uma equipe móvel que presta atenção integral à saúde da população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde, e trabalham junto aos usuários de álcool, crack e outras drogas com a estratégia de redução de danos.

A proposta do Consultório de Rua até então ligada à Coordenação Nacional de Saúde Mental passa a ser denominada de **Consultório na Rua**, sendo agora uma modalidade de equipe de Atenção Básica (Portaria nº 122/2012).

Quando necessário as equipes de Consultório na Rua (eCR) poderão utilizar as instalações das unidades básicas de saúde do território, bem como compartilhar o cuidado com as equipes da AB/ESF, CAPS e outros pontos de atenção da RAS, conforme Portaria nº 3.088, de 21 de maio de 2013, que institui a RAPS no componente Atenção Básica.

A proposta da eCR visa ampliar o acesso da população em situação de rua e ofertar, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde incluindo casos de sofrimento decorrente de transtorno mental, álcool e outras drogas.

As eCR deverão ter acesso a processos de educação permanente, contemplando a abordagem das diferentes necessidades de saúde da população em situação de rua, bem como objetivando o aprimoramento de competências para a prática da redução de danos, entre outras.

Os municípios que ainda não dispõem de eCR devem estar organizados para atender a população em situação de rua nos dispositivos existentes.

2.2 CENTROS DE CONVIVÊNCIA E CULTURA

Os Centros de Convivência e Cultura (CCC) são dispositivos com papel diferenciado e estratégico da RAPS, sendo fundamentais no processo de desinstitucionalização, promoção da saúde e inclusão. São conhecidos por subverter os padrões conhecidos e clássicos de se executar saúde, introduzindo a arte-cultura e a recreação como linguagens que redesenham possibilidades de cuidado em saúde, já que a arte e a convivência aglutinam, em grupos heterogêneos, interesses e não diagnósticos.

A clientela dos CCC é composta, sobretudo, de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes. Cada Centro de Convivência deve estar referenciado a um CAPS e às UBS do território adscrito.

As oficinas e atividades coletivas são o eixo do CCC, facilitando o convívio, a troca de informações e a construção de laços sociais (Portaria nº 396/2005).

Em alguns municípios do país os CCC vêm se consolidando como um dispositivo inovador desempenhando um papel significativo na inclusão social das pessoas com transtornos mentais.

Por suas características, os CCC costumam ser implementados em municípios que já foram capazes de construir uma rede efetiva de acolhimento e atendimento aos transtornos mentais severos e persistentes. Estes Centros se justificam apenas naquelas localidades onde a rede substitutiva de atenção à saúde mental conta com cobertura adequada, especialmente de CAPS.

Tem-se considerado a viabilidade do aprofundamento e expansão desta iniciativa para todo o país. Atualmente busca-se a implementação destes Centros nas localidades com mais de 200.000 habitantes.

3. O PAPEL DOS CAPS E SUAS MODALIDADES

Os CAPS, nas suas diferentes modalidades, são pontos de atenção estratégicos da RAPS: serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituídos por equipes multiprofissionais, que atuam sob a ótica interdisciplinar e realizam prioritariamente atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e/ou com sofrimento ou transtorno mental em geral, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

Constituem-se como um lugar de referência e de cuidado na comunidade, promotor de saúde e que tem a missão de garantir o exercício da cidadania e a inclusão social de usuários e de seus familiares.

Os CAPS têm papel estratégico na articulação da RAPS, tanto no que se refere à atenção direta visando à promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, quanto na ordenação do cuidado, trabalhando em conjunto com as AB/ESF e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), articulando e ativando os recursos existentes em outras redes, assim como nos territórios.

A Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, republicada em 21 de maio de 2013, também dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial e os organiza nas modalidades de:

a) CAPS I - atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de quinze mil habitantes;

b) CAPS II - atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes.

c) CAPS III - atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

d) CAPS ad - atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes.

e) CAPS ad III - atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno. Indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

f) CAPS i - atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes.

3.1 A ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DO CAPS

Os CAPS, na atual política brasileira de saúde mental, são serviços territorializados e comunitários que tem por finalidade promover atenção integral aos portadores de transtornos mentais severos e persistentes, desenvolvendo práticas clínicas que lhes permitam viver em comunidade, ter acesso ao trabalho, lazer e direitos civis (BRASIL, 2004).

3.1.1 Orientações Gerais

- O horário de funcionamento dos CAPS e a organização das equipes mínimas devem obedecer aos parâmetros referentes às diversas modalidades CAPS de acordo com a Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002.
- Todos os serviços de saúde mental são serviços essenciais e devem permanecer em funcionamento durante todo o ano, fechando apenas nos feriados oficiais. Os serviços com funcionamento de 24 horas deverão permanecer abertos mesmo nestas datas.
- Deverá haver pelo menos um funcionário de referência por turno para o acolhimento das pessoas, bem como um funcionário designado para a recepção da unidade.
- As unidades devem dispor de espaço de recepção, banheiros, salas para atendimentos individuais e para acolhimento, para realização de atividades em grupo e oficinas, sala para a equipe técnica, espaço de armazenamento e dispensação da medicação, espaços de convivência, refeitório, sala de enfermagem e observação clínica com pelo menos um leito, dentre outros.
- Na sala dos profissionais dos CAPS deve haver um quadro com identificação dos usuários sob responsabilidade dos respectivos **técnicos de referência** (TR). Além disso, deverá constar o número mensal de usuários atendidos, número de casos novos, número de altas e outras informações relevantes.
- OS CAPS devem possuir infra-estrutura e equipamentos necessários para a realização de suas atividades e para a produção de informações epidemiológicas (notificação obrigatória de suicídio, por exemplo), que possa ser utilizada para avaliação e planejamento de ações.
- Os CAPS devem contar com transporte para atividades externas (incluindo outros municípios) para visitas domiciliares, transferência de usuários para outros locais, entre outras necessidades.
- Os CAPS devem contar com refeição em diferentes turnos como parte do projeto terapêutico dos usuários, de acordo com Portaria 336/2002.

3.1.2 Acesso ao CAPS

As pessoas podem se dirigir ao CAPS de várias formas: espontaneamente, com encaminhamentos de igrejas, escolas, serviços particulares, atenção básica, hospitais e outros.

Quando chegam ao CAPS devem ser acolhidas por um profissional da equipe. Sempre, no final deste atendimento, via e-mail, telefone ou outra forma, deve ser estabelecida uma comunicação ativa com a unidade de origem do usuário (UBS) para informações sobre os encaminhamentos adotados (respeitando o sigilo e os critérios éticos). Além disso, o usuário receberá em mãos documento de encaminhamento para ser entregue na UBS de seu bairro, evitando-se a perda de informações e qualificando a atenção integral. Se o usuário não concordar com as informações descritas, poderá solicitar modificações.

Desta conversa inicial, pode resultar também o entendimento consensual entre profissional e paciente da não necessidade de atendimento no momento neste serviço. Quando a avaliação inicial sugerir que a demanda do usuário é realmente de atribuição da equipe CAPS, seguirá a lógica do serviço que será detalhada a seguir. Em ambas as situações o estabelecimento da comunicação sugerida com a UBS deverá ser realizada.

O profissional, no momento do acolhimento, construirá o Projeto Terapêutico Singular (PTS) junto com o usuário quando possível e/ou familiar ou responsável, que poderá sofrer alterações se este profissional não for o seu Técnico de Referência (TR).

Se houver necessidade de outros encaminhamentos, como por exemplo, avaliação em emergência hospitalar ou indicação de internação em leito de saúde mental em hospital geral, a equipe CAPS acompanhará a evolução do paciente para a posterior continuidade do cuidado no CAPS e na AB.

Para o processo de trabalho é indispensável a existência de um cronograma semanal, afixado na unidade de saúde, com definição dos profissionais responsáveis por este primeiro atendimento, para todo o período de funcionamento da unidade.

O encaminhamento dos usuários para a participação nos grupos ou oficinas terapêuticas deve ser consensuada em reunião de equipe para dar respostas efetivas às necessidades advindas das demandas dos usuários. Estas reuniões podem acontecer no espaço do CAPS ou em outro local do território.

É de responsabilidade da equipe do CAPS acolher todas as pessoas que chegam ao serviço.

3.1.3 Planejamento do Projeto Terapêutico Singular

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de atendimentos que respeitam as subjetividades, singularizando o atendimento na unidade e fora dela, com proposição de atividades durante a permanência diária no serviço ou não, segundo suas demandas de tratamento. Todo usuário do CAPS deve ter um PTS.

O PTS envolve em sua construção a equipe, o usuário e a sua família, ultrapassando, necessariamente, o espaço do próprio serviço, implicando as redes de suporte social, os saberes e os recursos dos territórios.

O PTS acompanha o usuário em sua história, cultura, projetos e vida cotidiana.

O PTS é a construção da proposta terapêutica, elaborada em torno das necessidades das pessoas e junto a elas, voltada para o fortalecimento da autonomia e produção de novos lugares sociais. Resulta de esforços e construção coletiva entre equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário, dos usuários e de suas famílias.

Busca na singularidade, na diferença, o elemento central de articulação. Nos CAPS infantis, os PTS devem necessariamente envolver a participação da família. Nos demais CAPS, sempre que possível, a participação deverá ser estimulada.

A ordenação do cuidado, baseado no PTS, estará sob a responsabilidade do CAPS e/ou da AB/NASF, garantindo permanente processo de co-gestão, acompanhamento longitudinal e a própria reavaliação do PTS (Portaria nº 3.088/2011)

Na lógica CAPS nenhum usuário realiza apenas consultas individuais com alguma categoria profissional, esta não é a proposta CAPS.

Os conhecimentos nucleares de todas as categorias profissionais devem nortear a proposta terapêutica dos usuários e devem ser consensuadas na equipe.

O PTS deve ser continuamente avaliado pelo usuário e sua família, conjuntamente com o TR. Este profissional deverá discuti-lo (PTS) sempre que necessário, na reunião semanal da equipe CAPS ou ainda em reunião, em dia e horários únicos, para todos os TRs.

O Projeto Terapêutico Singular é dinâmico e, quando se fizer necessário, deverá ser revisto.

3.1.4 O Papel do Técnico de Referência

O técnico de referência (TR) é responsável pela articulação e acompanhamento dos PTS de todos os usuários sob sua responsabilidade, ampliando as possibilidades de construção de vínculos entre os profissionais, usuários e famílias.

Cabe ao TR o acompanhamento do PTS junto ao usuário e sua família, a partir do diálogo, reforçando a importância da participação e a frequência nas atividades propostas, fundamentais para se efetivar o modelo de atenção psicossocial.

O TR deve se reunir semanalmente com os usuários sob sua responsabilidade, com data agendada previamente, para o atendimento das demandas (renovação de receitas, atestados, encaminhamento para perícia, agendamento de consultas, demandas judiciais, escolares, de assistência social, entre outras).

É importante que o TR tenha o entendimento e a possibilidade concreta de acompanhar todas as pessoas sob sua responsabilidade, adequando os PTS, de forma consensuada com os pacientes, equipe e familiares.

Quando a demanda do CAPS ultrapassar a possibilidade da proposta de um único técnico de referência para determinado grupo de pessoas, pode-se considerar a alternativa da constituição de equipes de referência (mini equipes). Todos os profissionais destas equipes compartilham as atividades e responsabilidades que envolvem o tratamento dos usuários, inclusive do registro dos atendimentos no prontuário.

3.1.5 Atividades realizadas nos CAPS

Sendo o CAPS um equipamento de saúde mental substitutivo ao asilar, as atividades devem ser sustentadas pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

3.1.5.1 Atividades coletivas

A sociedade contemporânea ainda insiste em rotular o sofrimento psíquico como algo a ser subtraído da vida e da sociedade. O movimento antimanicomial, por sua vez, consolida a desospitalização e a atenção territorial.

Os CAPS, enquanto serviços substitutivos de tratamento tradicional da doença mental, sustentam a assistência e a reinserção do usuário através de práticas transformadoras da visão da saúde. Sendo assim, buscam reinventar a clínica como construção de novos espaços simbólicos para as diferentes subjetividades, buscando ações intersetoriais e a inclusão da família no tratamento, garantindo o espaço da escuta.

Neste sentido, o CAPS deve oferecer diferentes tipos de atividades terapêuticas, citando-se dentre outras: atividades comunitárias, oficinas terapêuticas, atividades artísticas, orientação e acompanhamento do uso da medicação, atendimento domiciliar e aos familiares, psicoterapia individual ou em grupo (BRASIL, 2005).

A Portaria nº 336/2002 preconiza que os atendimentos sejam prioritariamente ofertados em grupo.

Importante destacar o território enquanto espaço de relações dos sujeitos e suas histórias de vida para a superação do paradigma da doença/cura. Para tanto, a atenção ao usuário deve primar pela atuação em rede e pela intersetorialidade das ações.

A escolha dos diferentes tipos de grupo deve estar ancorada na proposta terapêutica dos usuários CAPS, compartilhada pelos profissionais e podem se modificar ao longo do tempo, de acordo com novas necessidades, devendo adequar-se à demanda da clientela e do local onde estão inseridos.

É a equipe CAPS que, de forma compartilhada e consensuada, define a escolha das atividades terapêuticas, inclusive dos grupos. Estas compõem o PTS, visando contribuir para a estabilização clínica dos usuários, possibilidade de criação de vínculos que promovam a solidariedade, cooperação e autonomia, além da reinserção social.

No CAPS deve ser constituída uma assembléia de usuários, familiares e técnicos. Esta assembléia é um importante instrumento para a implementação do processo de trabalho do CAPS. É um espaço de articulação democrático, privilegiando a discussão para a melhoria do serviço.

3.1.5.2 Atenção às situações de crise

Situações difíceis e complexas podem ocorrer a qualquer momento; todos os membros da equipe CAPS devem estar mobilizados para a valoração que cada situação exigir. O processo de trabalho nos CAPS para os momentos de crise em Saúde Mental exige a presença de profissionais que compreendem a importância do trabalho em equipe, e que se coloquem à disposição para colaborar com todos, sempre que as situações exigirem.

As ações desenvolvidas para manejo das situações de crise devem ser entendidas como momentos do processo de acompanhamento dos usuários, cientes de que os conflitos relacionais com familiares, contextos, ambiência e vivências podem gerar intenso sofrimento e desestruturação social. Estas ações exigem disponibilidade de escuta atenta para a melhor compreensão e mediação. Pode ser realizada no ambiente do próprio serviço, no domicílio ou em outros espaços do território que façam sentido ao usuário e da sua família e favoreçam a construção e a preservação de vínculos.

O desconhecimento da população e/ou dos profissionais dos serviços relacionados ao local de atendimento de crises/urgências em saúde mental contribuem para a procura, muitas vezes de forma desnecessária e equivocada, pelas portas de emergências dos hospitais.

Os CAPS, articulados à AB são locais para a abordagem das crises em saúde mental que não necessitam de intervenções médico hospitalares (crises de desajustamentos, existenciais, familiares, de abstinência, de surtos psicóticos, agitação psicomotora, entre outros).

3.1.5.2.1 Manejo não medicamentoso da crise

Valorizar a pessoa em crise implica levar em consideração sua condição de ser humano e não apenas de sujeito em crise. Respeitar o “tempo” da pessoa, sua individualidade e singularidade, nem sempre corresponde à expectativa da equipe.

Nas situações de crise, “a proposição de não procurar apenas lesões, falhas ou disfunções, por si só já abre um outro campo para a relação entre terapeuta e paciente” (HAJENIUS, 2003, p.53).

É necessário que os profissionais das equipes CAPS privilegiem formas de abordagem não farmacológicas, no sentido de estimular o atendimento integral, respeitoso e inclusivo. A equipe CAPS deve estar atenta para evitar a medicalização desnecessária.

Cabe ao médico a prescrição de medicamentos quando indicada. No entanto, o tratamento do usuário é de responsabilidade compartilhada da equipe. A decisão da intervenção farmacológica deve estar incluída na estratégia que tem em seu centro o PTS.

Para que o CAPS, como ponto de atenção da RAPS cumpra, em casos graves em saúde mental, álcool e outras drogas, o seu papel na lógica do movimento antimanicomial, é imperioso que os profissionais compreendam e desejem trabalhar sob esta ótica, buscando informações, promovendo a educação continuada da equipe, solicitando momentos de educação permanente aos gestores locais e estaduais, supervisão clínica, entre outras.

O CAPS deve manter um ambiente terapêutico e acolhedor para o atendimento às pessoas que, em situação de crise, não consigam acompanhar as atividades planejadas da unidade. Isto porque “o acolhimento da crise é essencial para o cumprimento dos objetivos do CAPS, qual seja, atender aos transtornos psíquicos graves e evitar a internação” (BRASIL, 2005, p.17)

3.1.5.2.2 Manejo verbal nas situações de crise

Situações de crise são momentos de extremo sofrimento e vulnerabilidade e, portanto, devem ser

manejados com delicadeza e acolhimento. O manejo verbal é a melhor indicação. O uso de psicofármacos deve ser a última opção da equipe.

Nas situações de surto psicótico ou de agitação psicomotora recomenda-se:

- Garantir a segurança do sujeito, com postura não-confrontativa. Afastar as pessoas que possam representar ameaça (familiares ou vizinhos que estejam tensos ou agressivos) e comunicar ao paciente que se pretende ajudá-lo;
- Evitar contato visual direto, pelo menos no início do manejo, e também contato físico;
- Deixar que o sujeito encontre no local algo em que se fixar e que possa tranquilizá-lo; normalmente ajuda muito deixá-lo caminhar ou mexer em algum objeto concreto;
- Conversar com o paciente “em terceira pessoa”: ao falar com Paulo, perguntar “o que o Paulo quer?” ou “o que as vozes estão falando para o Paulo?”

Nas crises de ansiedade e idéias suicidas é fundamental:

- Restabelecer um mínimo controle do corpo, incentivando a pessoa a prestar atenção em sua respiração, em suas mãos, etc;
- Manter contato físico acolhedor, permitindo que o paciente chore e demonstre seus sentimentos de raiva, desespero, tristeza, frustração. Aos poucos, nomear conjuntamente estes sentimentos;
- Conforme a crise for arrefecendo, importa identificar seus determinantes psicossociais: o que desencadeou a ansiedade? O que tem acontecido na vida do paciente nos últimos dias, semanas ou meses? Quais dimensões da vida dele causam sofrimento e precisam ser modificadas?
- Abrir um horizonte de futuro, que pode ser o simples convite para retornar para um novo atendimento, um pacto anti-suicídio, a proposta de mudar certos aspectos do cotidiano ou a conversa sobre os desejos e sonhos do paciente.

De maneira geral, o tempo é um elemento importante para o atendimento nas crises. A intervenção deve ser tão imediata quanto possível, mas não necessariamente deve ser rápida ou breve. É preciso dedicar tempo (às vezes horas) no manejo verbal para que o quadro de urgência se modifique e não seja necessário lançar mão de medicação de maneira ostensiva ou da internação do paciente.

3.1.6 Matriciamento das Equipes

O matriciamento é um dispositivo de apoio presencial e sistemático às equipes para ofertar suporte técnico à condução do cuidado em saúde mental através de discussões de casos complexos e do processo de trabalho, atendimento compartilhado, ações intersetoriais no território, contribuindo no processo de co-gestão e corresponsabilização no agenciamento do PTS.

O Apoio Matricial é um dispositivo articulador de um conjunto de estratégias fundamentais no processo de construção e de transformação da assistência em Saúde Mental.

Foi incorporado pelo Ministério da Saúde (2003) como estratégia de gestão para a construção de uma rede de cuidados em Saúde Mental, desviando a lógica de encaminhamentos indiscriminados para uma nova lógica da co-responsabilização. Ademais, visa produzir maior resolutividade à assistência em saúde.

3.1.6.1 Ações de Redução de Danos

São um conjunto de práticas e ações no campo da saúde e dos direitos humanos realizadas de maneira articulada intra-setorialmente, que busca minimizar danos de natureza biopsicossocial decorrentes do uso de substâncias psicoativas, ampliar o cuidado e o acesso aos diversos pontos de atenção, incluídos aqueles que não tem relação com o sistema de saúde.

Os agentes redutores de danos atuam junto a pessoas que usam drogas, nos locais onde estas vivem e convivem, operando estratégias de promoção de saúde que têm como base o acolhimento, o estabelecimento de vínculos e a busca de construção de itinerários terapêuticos que privilegiem o sujeito.

Surgem então novas reflexões que podem contribuir efetivamente para a melhoria dos serviços de atenção a pessoas que usam álcool e outras drogas, e para o desenvolvimento da experiência brasileira de Reforma Psiquiátrica.

Todos os componentes da RAPS devem estar qualificados para a oferta de atividades de redução de danos (BRASIL, 2003a).

3.1.6.2 Dispensação de medicamento no CAPS

A Gerência Nacional de Vigilância Sanitária, juridicamente concebida como uma autarquia de regime especial, exerce o controle sanitário de todos os produtos e serviços (nacionais ou importados) submetidos à vigilância sanitária, tais como **medicamentos**, alimentos, cosméticos, saneantes, derivados do tabaco, produtos médicos, sangue, hemoderivados e serviços de saúde.

A Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998, aprova o Regimento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. A dispensação de medicamentos de controle especial nos CAPS segue as orientações desta Portaria.

A organização da dispensação da medicação deve ser estabelecida em conjunto, com a participação da gestão local, da assistência farmacêutica do município e dos trabalhadores, priorizando a facilitação do acesso.

Quando a dispensação não ocorrer nos CAPS, os usuários devem ser informados sobre o local e sobre os horários de funcionamento.

O farmacêutico deve fornecer informações sobre o uso racional de medicamentos com o objetivo de prevenir, detectar e corrigir problemas. Orientações sobre a dosagem recomendada, sobre as possíveis reações adversas, sobre interações medicamentosas, falta de eficácia de alguns medicamentos e intoxicações são importantes elementos para a adesão ao tratamento.

3.2 SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO (SRT)

Os SRTs constituem-se em modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada (Portaria nº. 3.090/2011).

Juntamente com os programas De Volta Para Casa e o Programa de Reestruturação dos Hospitais Psiquiátricos, os SRTs vem concretizando as diretrizes de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico para a reintegração de doentes mentais na comunidade.

As residências terapêuticas constituem alternativa de moradia para um grande contingente de pessoas que muitas vezes, por não contarem com suporte adequado familiar e na comunidade, estão internadas há anos em hospitais psiquiátricos.

Ou seja, a inserção em um SRT é o início de um longo processo de reabilitação que deverá buscar a progressiva inclusão social do usuário e, de modo especial, a sua inserção na rede de serviços, organizações e relações sociais da comunidade.

O principal papel do CAPS de referência é oferecer suporte às equipes dos SRT a partir da corresponsabilização nos PTS dos usuários.

O acompanhamento do morador do SRT deve prosseguir mesmo que ele mude de endereço ou eventualmente seja hospitalizado.

3.3 UNIDADES DE ACOLHIMENTO

A Unidade de Acolhimento (UA) instituída pela Portaria nº. 121, de 25 de janeiro de 2012, 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.

Estas unidades funcionam como casas, caracterizadas como espaços abertos, onde as pessoas que estejam em tratamento nos CAPS tem apoio profissional. Podem ser destinadas ao público adulto e infante juvenil.

O acolhimento na UA é definido exclusivamente pela equipe do CAPS de referência responsável pela elaboração do PTS, pelo seguimento do cuidado bem como pela participação de forma ativa na articulação inter setorial para promover a reinserção do usuário na comunidade (Brasil, 2011).

A AB apoia o cuidado clínico geral dos usuários em articulação com o CAPS.

3.4 PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA

O Programa “De volta para casa”, proposto pelo Ministério da Saúde, é um programa de inserção social para pessoas acometidas de transtornos mentais, egressas de longas internações.

Este programa é a resposta para a sociedade no sentido de reconhecer estas pessoas como cidadãos.

Segundo critérios definidos na Lei no. 10.708 de 31 de julho de 2003, este programa tem como parte integrante o pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial.

3.5 ESTRATÉGIA DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

A Portaria nº 132, de 26 de janeiro de 2012, institui incentivo financeiro de custeio para o desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS).

A criação de novos serviços ligados às redes municipais e estaduais não significou somente alternativa à internação, mas a abertura de possibilidades de trabalho comunitário reintegrador ao contexto social, capaz de dar nova significação individual e social para as pessoas acometidas pelo transtorno mental e também para suas famílias.

A reabilitação psicossocial configura-se como conjunto de estratégias direcionadas ao aumento das possibilidades de trocas, valorização das subjetividades e favorecimento da contratualidade e solidariedade, ultrapassando, assim, a mera implantação das redes de serviço.

A reabilitação, como estratégia, possibilita a recuperação da capacidade de gerar sentido, sendo capaz de restabelecer o exercício de cidadania, criando vínculos da pessoa que requer atenção com o serviço que a assiste.

Os atuais projetos voltados para o modelo de reabilitação psicossocial têm focado quatro aspectos: moradia, trabalho, família e criatividade (lúdico/artística).

4. COMPONENTE HOSPITALAR

Com o início do debate nacional sobre a nova lei da reforma psiquiátrica, a partir de 1989, instalou-se nos meios profissionais e científicos importantes discussões sobre a mudança do modelo assistencial assim sobre a própria concepção de loucura, sofrimento mental e métodos terapêuticos.

Este debate ainda é uma das marcas do processo de reforma no Brasil, e está presente nas universidades, nos serviços, nas associações, nos conselhos profissionais, nos congressos científicos, na imprensa corporativa e em outras mídias.

Na proposta da Política Nacional de Saúde Mental a partir dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, a internação hospitalar deve ser o último recurso para o atendimento das necessidades das pessoas relacionadas ao sofrimento psíquico. Quando todos os recursos da linha de cuidado tiverem sido esgotados, o tempo de internação deve ser o mais breve possível objetivando estabilizar o quadro agudo em que o paciente se encontra.

4.1 ATENÇÃO HOSPITALAR EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Segundo a Portaria nº 3.088/2011, que institui o RAPS, são pontos de atenção para atendimento psicossocial:

- I - Atenção básica;
- II - Atenção psicossocial;
- III - Atenção de Urgência e Emergência.**

A **Atenção de Urgência e Emergência** é formada pelos seguintes pontos de atenção:

- SAMU;
- Sala de Estabilização;
- UPA 24 horas;
- Portas Hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro em hospital geral;
- Unidades Básicas de Saúde, entre outros.

O usuário deve ser atendido de preferência nos serviços mais próximos à sua moradia.

Em todos os pontos de atenção deve ser avaliado e encaminhado de acordo com o que a situação requerer. Apenas quando necessário, deverá ser encaminhado para outros pontos de atenção.

A avaliação nas portas dos hospitais deve ser o último recurso utilizado. Quando esta escolha for sua opção pessoal, o usuário deve ser acolhido, ouvido e atendido.

Quando necessário, independentemente da categoria profissional, o Serviço de Atenção Médico de Urgência (SAMU) pode ser acionado pelos trabalhadores de todos os pontos da RAS.

4.2 INTERNAÇÃO EM LEITO DE HOSPITAL GERAL

A Portaria nº 148/2012 define as diretrizes para o funcionamento e habilitação dos leitos de saúde mental em hospital geral e institui incentivos financeiros de custeio para valorizar a resolutividade do tratamento hospitalar,

com repasse financeiro maior para menor tempo de internação. Pretende-se com esta medida diminuir o tempo de internação hospitalar e garantir o cuidado ambulatorial, territorial e singular.

A internação hospitalar deve ser indicada apenas para estabilização do quadro de sofrimento psíquico agudo e avaliação/tratamento de outros agravos clínicos e deve ser sempre a mais breve possível.

5. JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

O direito à saúde e de acesso à justiça estão previstos na nossa Constituição Federal. No entanto, algumas questões relacionadas com a judicialização da saúde provocam tensão junto ao sistema de saúde e da assistência social.

Considera-se de fundamental importância a instituição de fóruns intersetoriais municipais (saúde, assistência social e justiça) objetivando a discussão, sustentada pelo saber técnico, em busca da promoção e universalização do direito à saúde.

6. LEGISLAÇÃO DA RAPS

Relaciona-se as principais portarias relativas à RAPS publicadas. Impõe-se a atenção à revisões ou republicações do embasamento legal. Sugere-se, em caso de dúvidas, consultar a legislação publicada no site do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde e através de contato com a Coordenação Estadual de Saúde Mental.

- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 - Lei Orgânica da Saúde, Reforma Sanitária, que trata da organização do Sistema Único de Saúde (SUS), planejamento da saúde, assistência à saúde, articulação interfederativa e dá outras providências;
- Lei nº 8.142, de 28 de setembro de 1990, dispõe sobre as Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde;
- Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamenta a Lei No 8.080/1990;
- Portaria nº 224, de janeiro de 1992 - reafirma os princípios do SUS e regulamentava o funcionamento de serviços de Saúde Mental;
- Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;
- Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, republicada em 21 de maio de 2013 - institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Portaria nº 336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002, que regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);
- 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;
- 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);
- Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012, institui a Unidade de Acolhimento para pessoas decorrentes do uso de CRACK, Álcool e Outras Drogas;
- Portaria nº 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;
- Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O complexo campo da saúde mental nos diversos componentes da RAPS vem sendo construído num constante movimento de reconhecimento dos direitos humanos.

O avanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da consolidação do SUS para a atenção em saúde mental, álcool e outras drogas está relacionado à percepção e aos modos de agir dos trabalhadores e gestores, de forma a responder às demandas dos usuários e familiares em suas singularidades.

Ainda se faz necessária a intensificação junto à sociedade de ações, posturas e reflexões para o entendimento de sofrimento psíquico desmistificando a “periculosidade” do louco bem como do usuário de álcool e de outras drogas.

Assim também impõe-se à sociedade um olhar crítico sobre a cultura da medicalização e da internação, incompatíveis com o modelo das diretrizes da Política Nacional e da Catarinense.

O Estado de Santa Catarina, alinhado ao movimento antimanicomial, adota como Política de Estado o conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais para garantir ao cidadão catarinense o direito ao cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas.

Neste sentido, o estado e os municípios catarinenses, juntamente com o Ministério da Saúde, vêm implantando e implementando o Plano de Atenção da Rede de Atenção Psicossocial, sustentado pelas diretrizes propostas neste documento, favorecendo a transformação das práticas para legitimar o cuidado integral e singular em saúde mental.

Assim, a Coordenação Estadual de Saúde Mental espera estar contribuindo para a qualidade da atenção em saúde mental para todos os catarinenses.

8. BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p. (Cadernos de Atenção Básica, 39).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68 p. (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, 34).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Saúde Mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS**: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica: Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 106 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. 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, 2003a. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: política nacional de humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b. 20 p.

CHIAVERINI, Dulce Helena et al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 236 p.

FERIGATO, Sabrina Helena; CAMPOS, Rosana T. Onoko; BALLARIN, Maria Luisa G. S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da UNESP**, São Paulo, v.6, n. 1, p. 31-44, 2007. Disponível em: <<http://www2.assis.unesp.br/revpsico?index.php/revista/article/viesFile/44/84>>. Acesso em 13 jan. 2015.

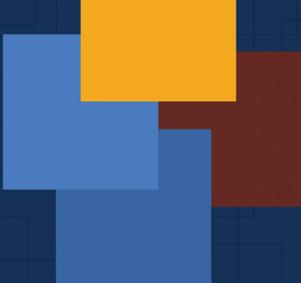
HAJENIUS, Elisabeth Klasina. Como abordar psicanaliticamente as situações psiquiátricas emergenciais. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v.6, n. 1, p. 172-174, mar. 2003. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/2330/233018070014.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2015.

MIRANDA, Lilian; ONOCKO-CAMPOS, Rosana. Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n.6, p.1153-1162, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n6/09.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2015.

ROTELLI, F. et al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICACIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SILVA, Rachel Ferreira da; FREITAS, Rivelilson Mendes de. Investigação sobre o uso racional de medicamentos no

município de Quixadá. **Revista Eletrônica de Farmácia**. Minas Gerais, v. 5, n. 3, p. 28-32, 2008. Disponível em: <<http://revistas.ufg.br/index.php/REF/article/view/5368/4416>>. Acesso em: 13 jan. 2015.



Ministério da
Saúde

