

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Rede de Atenção
Psicossocial - RAPS

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE:

Rede de Atenção Psicossocial - RAPS

Universidade Federal do Maranhão
UNA-SUS/UFMA

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE:

Rede de Atenção Psicossocial - RAPS

Organizadoras

Paola Trindade Garcia
Regimarina Soares Reis

São Luís



2018

Copyright © 2018 by EDUFMA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Prof.^a Dra. Nair Portela Silva Coutinho

Reitora

Prof. Dr. Fernando de Carvalho Silva

Vice-Reitor

Prof. Dr. Allan Kardec Duailibe Barros Filho

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação e Inovação

Prof.^a Dra. Sílvia Tereza de Jesus Rodrigues Moreira Lima

Diretora do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Prof.^a Dra. Ana Emília Figueiredo de Oliveira

Coordenadora-Geral da UNA-SUS/UFMA

EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Prof. Dr. Sanatiel de Jesus Pereira

Diretor

CONSELHO EDITORIAL

Prof. Dr. Jardel Oliveira Santos; Prof.^a. Dra. Michele Goulart Massuchin; Prof. Dr. Jadir Machado Lessa; Prof.^a. Dra. Francisca das Chagas Silva Lima; Bibliotecária Tatiana Cotrim Serra Freire; Prof.^a. Dra. Maria Mary Ferreira; Prof.^a. Dra. Raquel Gomes Noronha; Prof. Dr. Ítalo Domingos Santirocchi; Prof. Me. Cristiano Leonardo de Alan Kardec Capovilla Luz.

Projeto de design

Camila Santos de Castro e Lima; Isabelle Aguiar Prado; João Gabriel Bezerra de Paiva; Katherine Marjorie Mendonça de Assis; Luis Gustavo Sodrê Sousa; Paola Trindade Garcia; Stephanie Matos Silva; Tiago do Nascimento Serra.

Normalização

Edilson Thialison da Silva Reis – CRB 13^a Região, nº de registro – 764

Revisão técnica

Ana Emília Figueiredo de Oliveira

Judith Rafaelle Oliveira Pinho

Revisão de texto

Fábio Alex Matos Santos

Revisão pedagógica

Deysiane Costa das Chagas

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA

Redes de atenção à saúde: Rede de Atenção Psicossocial – RAPS/ Paola Trindade Garcia; Regimarina Soares Reis (Org.). - São Luís: EDUFMA, 2018.

66 f.: il.

ISBN 978-85-7862-723-2

1. Atenção à saúde. 2. Serviços de Saúde. 3. Políticas públicas de saúde. 4. UNA-SUS/UFMA. I. Cardoso, Jordana Santos. II. Título.

CDU 614.2

Copyright @ UFMA/UNA-SUS, 2018. Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou para qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais dos textos e imagens desta obra é da UNA-SUS/UFMA.

INFORMAÇÃO SOBRE A AUTORA

Jordana Santos Cardoso

Graduação em Terapia Ocupacional pela Faculdade Santa Terezinha – CEST (2006). Mestrado em Saúde Coletiva - UFMA (2014). Especialização em Saúde da Família – UFMA (2008). Residência Multiprofissional em Saúde – HUUFMA (2010). Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial – Universidade Estácio de Sá (2012). Especialização em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – UFMA (2013). Especialização em Educação na Saúde para Preceptores do SUS – Instituto Sírio-Libanês (2014). Especialização em Educação Permanente em Saúde em Movimento – UFRGS (2015). Possui experiência profissional da área de Saúde Pública (Hospitalar, Saúde Mental, Atenção Básica, Gestão e Educação na Saúde). Atualmente, é terapeuta ocupacional do Centro de Atenção Psicossocial II - SEMUS - São Luís.

SUMÁRIO

	p.
1 INTRODUÇÃO	13
2 REFORMA PSQUIÁTRICA E OS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS	15
3 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	22
3.1 Atenção Básica em Saúde	27
3.1.1 Unidade Básica de Saúde	29
3.1.2 Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas	30
3.1.3 Centro de Convivência e Cultura.....	34
3.1.4 Núcleo de Apoio à Saúde da Família	35
3.2 Atenção Psicossocial	36
3.3 Atenção de Urgência e Emergência	38
3.4 Atenção Residencial de Caráter Transitório	39
3.5 Atenção hospitalar	40
3.6 Estratégias de desinstitucionalização	41
3.7 Estratégias de reabilitação psicossocial	42
4 INDICADORES DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA	49
4.1 Transtornos mentais mais prevalentes	50
4.1.1 Transtornos de ansiedade	53
4.1.2 Transtornos depressivos	54
4.1.3 Transtorno bipolar	55
4.1.4 Transtorno obsessivo compulsivo	55
4.1.5 Esquizofrenia	55
4.1.6 Transtornos relacionados a substâncias e adição	56
CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFERÊNCIAS	61

PREFÁCIO

A transformação do paradigma da Atenção à Saúde Mental demanda a reestruturação do modelo de atenção, das instituições e da política de saúde. Somente assim será possível estarmos próximos da preservação da liberdade, do exercício da cidadania e da autonomia das pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Um paradigma entra em crise quando não consegue oferecer respostas efetivas aos problemas que se apresentam. A história da saúde mental e a Reforma Psiquiátrica nos mostram que o cuidado institucionalizado se contrapõe aos direitos humanos e à perspectiva de cuidado de base comunitária, não propiciando a livre circulação das pessoas no meio social e nos serviços de saúde. Assim, é importante que a Luta Antimanicomial seja uma constante na agenda da Saúde Mental buscando qualificar o cuidado e impedir retrocessos.

A implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) se apresenta como uma forte aliada para a superação do modelo hospitalocêntrico na Atenção à Saúde Mental e no Sistema Único de Saúde como um todo. Colabora ainda para a integração das pessoas em sofrimento mental nos territórios das cidades, possibilitando assim maior efetividade na produção de saúde mediada por pontos de atenção integrados.

A contextualização e apresentação da RAPS neste livro perpassa pela análise da Reforma Psiquiátrica e serviços substitutivos, com destaque para os determinantes da atual

política de saúde mental no Brasil. Faz-se um aprofundamento na estrutura, funcionamento, diretrizes e modelo conceitual que subsidia a RAPS, com ênfase nos componentes, transversalidade e pontos de atenção. E finaliza-se discutindo os transtornos mentais mais prevalentes, como um aspecto dos sujeitos a ser considerado no processo de atenção, e não o único, em direção a um cuidado centrado nas pessoas, e não na doença.

Trata-se de um recurso educacional fundamental para o fortalecimento da saúde como direito de cidadania e oportuno a fim de os profissionais dos diversos pontos de atenção à saúde compreenderem como podem atuar e contribuir para a efetivação da RAPS e do SUS.

Dra. em Saúde Coletiva Regimarina Soares Reis

1 INTRODUÇÃO

Este livro tem como objetivo educacional compreender a Rede de Atenção Psicossocial como arranjo potente para ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, promover a vinculação das pessoas aos pontos de atenção e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde do território. O conteúdo desta unidade está dividido em três tópicos: o primeiro, definido como Reforma Psiquiátrica e os serviços substitutivos; o segundo, como Rede de Atenção Psicossocial; e o terceiro, definido como Indicadores de Saúde Mental na Atenção Básica.

Iniciaremos o nosso percurso de construção de conhecimento fazendo um passeio histórico pelo processo que culminou na Reforma Psiquiátrica, e a partir do qual surgiram as raízes ideológicas daquilo que hoje podemos chamar de Rede de Cuidados em Saúde Mental, até que você conheça as diretrizes, eixos e componentes da Rede de Atenção Psicossocial e saiba operacionalizá-los, a partir das atividades propostas, e consiga também identificar os transtornos mentais mais prevalentes no contexto da saúde pública.

Ementa: Reforma psiquiátrica. Diretrizes da RAPS. Eixos estratégicos da RAPS. Componentes da RAPS. Indicadores de saúde mental na Atenção Básica. Critérios de normalidade em psiquiatria e psicopatologia. Principais síndromes psiquiátricas: transtornos mentais mais prevalentes, os transtornos de ansiedade, transtornos depressivos, transtorno bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo, esquizofrenia, transtornos relacionados a substâncias e adição.

2 REFORMA PSIQUIÁTRICA E OS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS

Para compreendermos como atualmente a Política Nacional de Saúde Mental está pautada em um cuidado territorializado e organizado em uma rede de cuidados, é necessário que conheçamos, na história, os motivos que levaram uma determinada política a se concretizar de tal forma e como os acontecimentos antecedentes influenciaram as experiências contemporâneas de cuidado.

A história da Saúde Mental como campo de conhecimento ou área de atuação tem a sua história atravessada pela história da psiquiatria e pelo alienismo, de Philippe Pinel (pai da psiquiatria). Este rompe inicialmente com a privação de liberdade do louco, marcado pelo “gesto pineliano de desacorrentar os loucos para implementar meios completamente diferentes (mito de origem da psiquiatria), e é o signo de que, desde a sua fundação, a ciência psiquiátrica nasceu como reforma” (TENÓRIO, 2002).

Pinel, apesar de propor a liberdade dos loucos (liberados das correntes), ainda os submetia a um tratamento asilar, sob um regime de isolamento (**institucionalização/hospitalização**

integral), surgindo com isso o que ele denominou de tratamento moral.

Logo, o princípio do “isolamento do mundo exterior” é uma construção pineliana a qual propõe que as causas da alienação mental estão presentes no meio social, sendo, portanto, necessário o isolamento como meio de afastá-las. Para ele, o hospital, por si só, seria uma instituição terapêutica. Até a transformação do hospital em uma instituição médica, a loucura e os loucos tinham múltiplos significados (de demônios a endeusados, de comédia a tragédia, de erro a verdade) e múltiplos espaços e lugares, entre os quais ruas, guetos, asilos, prisões, igrejas e hospitais (AMARANTE, 2007).

O século 17 trouxe a criação de modalidades de hospitais, a saber, o hospital geral, que passou a cumprir a função de mantenedor da ordem social e política mais explícita. Para *Michel Foucault*, o hospital geral foi de fundamental importância para a definição de um novo “lugar social” para o louco e a loucura na sociedade ocidental (AMARANTE, 2007).

Em meados do fim do século 17, o hospital se transformou em uma instituição médica por excelência. Para Amarante (2007), o hospital foi medicalizado e a intervenção médica passaria a partir daí a ser constante e regular, operado essencialmente pela tecnologia política da disciplina. Logo, a distribuição espacial dos indivíduos, o exercício do controle, a vigilância perpétua e constante e o registro de tudo que acontecia no hospital eram balizadores dessa prática (AMARANTE, 2007).

Com a Revolução Francesa e os ideais revolucionários de Igualdade, Liberdade e Fraternidade, todos os espaços sociais

deveriam ser democratizados, e como eles o hospital sofreu profundas mudanças. Por um lado, foram libertados vários internos, e por outro, novas instituições assistenciais passaram a ser criadas pelo estado republicano (orfanatos, reformatórios, casas de correção, escolas normais, centros de reabilitação) (AMARANTE, 2007).

No Brasil, até o século 19, no período pré-republicano, os “loucos” eram incorporados à paisagem urbana como pessoas de rua, e não como internos do hospício. Em meados do século 19, o doente mental que ainda podia desfrutar de apreciável grau de tolerância social e de relativa liberdade passou a ser tratado em Santas Casas de Misericórdia (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007).

Na virada do século 20, a reforma passou a se orientar pela crítica à insuficiência do asilo, produzindo, por exemplo, o modelo das colônias agrícolas (TENÓRIO, 2002). Os alienistas brasileiros do início do século 20 foram adeptos fervorosos das colônias de alienados, pois consideravam que o trabalho seria o “meio terapêutico mais precioso” (AMARANTE, 2007).

O modelo de colônias passou a ser copiado em várias capitais pelo Brasil. Em todo o país proliferaram hospitais psiquiátricos e colônias agrícolas para doentes mentais com a ideia de tratar e reeducar pelo trabalho, fornecendo um ambiente calmo e regrado (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007).

Embora identificados como espaços em crise, as instituições psiquiátricas só passaram a ser alvo de críticas mais efetivas no período que sucedeu as duas grandes guerras mundiais. Os movimentos da Comunidade Terapêutica iniciados na Inglaterra; da Psicoterapia Institucional, na França; a Psiquiatria Comunitária

ou Preventiva, nos Estados Unidos; e a Psiquiatria de Setor Francesa foram marcos importantes neste processo (MÂNGIA; NICÁCIO, 2001).

O grupo composto pela Comunidade Terapêutica e pela Psicoterapia Institucional defendiam que o fracasso estava na gestão do próprio hospital e que a solução seria introduzir mudanças na instituição. O segundo grupo é formado pela Psiquiatria de Setor, e a Psiquiatria Preventiva defendia que o modelo hospitalar estava obsoleto e deveria ser substituído por outros serviços assistenciais, a saber, os **hospitais-dia, oficinas terapêuticas e centros de saúde mental**. Existia um terceiro grupo, da Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática, que colocava em questão o modelo científico psiquiátrico, assim como as instituições psiquiátricas (AMARANTE, 2007).


Como a Psiquiatria de Setor apontava para um trabalho externo ao manicômio, era preciso adotar formas de continuidade terapêutica após a alta hospitalar. Nesse sentido, foram criados os **Centros de Saúde Mental**, distribuídos nos diferentes “setores” administrativos das regiões francesas. Esses serviços foram estabelecidos de acordo com a distribuição populacional das regiões, e pela primeira vez na história da assistência psiquiátrica se falou em **regionalização** (AMARANTE, 2007).

A Psicoterapia Institucional (Coletivo Terapêutico), proposta por *François Tosquelles*, sugere também **ferramentas de intervenção**: a escuta, a noção de acolhimento e a importância da equipe e da instituição na construção do suporte e referência para o paciente. Ela propõe a “**transversalidade**”, como encontro e confronto dos papéis profissionais com o intuito de

problematizar as hierarquias e hegemonias (AMARANTE, 2007).

A Psiquiatria Preventiva proposta por *Gerald Caplan* adota o conceito de crise e assume a característica de uma proposta de saúde mental comunitária, e daí advém as **estratégias hoje utilizadas** como: o trabalho de base comunitária e equipes de saúde mental, como consultores comunitários, identificando e intervindo em crises individuais, familiares e sociais. Nesse sentido, foram implantados vários centros de saúde mental, oficinas protegidas, lares abrigados, hospitais-dia, hospitais-noite, enfermarias e leitos em hospitais gerais a semelhança do modelo assumido hoje pela política de saúde mental brasileira (AMARANTE, 2007).

A experiência que mais demarcou o processo de **Reforma Psiquiátrica** na Itália foi a de *Franco Basaglia* no Hospital Psiquiátrico de Trieste, na qual foram fechados os pavilhões e enfermarias psiquiátricas e criados outros **serviços e dispositivos substitutivos** ao modelo psiquiátrico influenciado pela proposta da Comunidade Terapêutica e da Psicoterapia Institucional (AMARANTE, 2007).



Esta experiência foi a principal referência do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, implantado inicialmente na cidade de Santos (SP), em meados dos anos 1980/1990.

**IMPORTANTE!**

“A expressão **serviços substitutivos** passou a ser adotada no sentido de caracterizar o conjunto de estratégias que vislumbrassem, efetivamente, tomar o lugar das instituições clássicas, e não serem apenas paralelos simultâneos ou alternativos a elas” (AMARANTE, 2007).

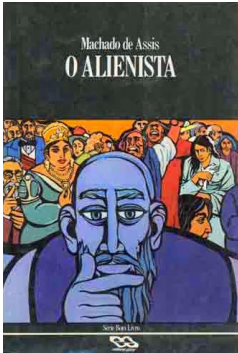
A atual política de saúde mental brasileira é resultado da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da saúde iniciada na década de 1980 com o objetivo de mudar a realidade dos manicômios. O movimento foi impulsionado pelo combate à ditadura militar e pelas experiências exitosas de países europeus na substituição de um modelo de saúde mental baseado no hospital psiquiátrico por um modelo de serviços comunitários com forte inserção territorial. Nas últimas décadas, esse processo de mudança se expressa especialmente por meio do Movimento Social da Luta Antimanicomial e de um projeto coletivamente produzido de mudança do modelo de atenção e de gestão do cuidado: a Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2013).

**IMPORTANTE!**

A Reforma Psiquiátrica é um movimento mundial de lutas por transformações nas práticas de atenção ao sofrimento psíquico e mental que se desdobrou em experiências concretas em diversos países, desde mudanças nos manicômios e na sua lógica, até propostas de desospitalização e desinstitucionalização (COSTA-ROSA, 2013).

**PARA SABER MAIS!**

Você sabia que a obra literária brasileira “O Alienista”, de Machado de Assis, é uma crítica ao modelo de hospital psiquiátrico?



Nela, você pode encontrar pontos que fazem menção ao Hospital Psiquiátrico Pedro II (primeiro hospício brasileiro) e ao debate sobre a normalidade/anormalidade, a mensagem de como a ciência é produtora de verdade e sobre o mito da neutralidade científica (AMARANTE,

2007; ASSIS, 1882).

Você também pode consultar a obra Saúde Mental e Atenção Psicossocial, que traz informações importantes sobre a história da saúde mental no Brasil (AMARANTE, 2007).

3 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A Rede de Atenção Psicossocial é destinada às pessoas em sofrimento psíquico ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Foi instituída pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, republicada em 21 de maio de 2013 e revogada pela Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, que trata da consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2017).

A Rede de Atenção Psicossocial foi disposta anteriormente pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080 a fim de reorganizar o Sistema Único de Saúde, visto o seu planejamento em saúde, assistência à saúde e à articulação interfederativa.

No Capítulo I do Decreto nº 7.508/2011, são instituídas as Regiões de Saúde e a Rede de Atenção à Saúde. A primeira diz respeito ao espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados,

com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Já o segundo, que versa sobre a Rede de Atenção à Saúde, define que é o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde.

Nos Capítulos II e III do decreto citado acima, que versam sobre a Organização do SUS, fica definido que a Atenção Psicossocial é um componente mínimo obrigatório de serviços e ações que são necessários à institucionalização das Regiões de Saúde, e estes serviços e ações são portas de entrada do usuário na Rede de Atenção à Saúde.



PARA SABER MAIS!

Para aprofundar seus conhecimentos sobre o tema, sugerimos a leitura do [**Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011**](#), que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências e da [**Portaria de Consolidação Nº 3, de 28 de setembro de 2017**](#), que trata da consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.

A finalidade da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde 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. A RAPS tem como objetivos gerais (BRASIL, 2017):

A ampliação do acesso à atenção psicossocial da população em geral.

A promoção do acesso das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção.

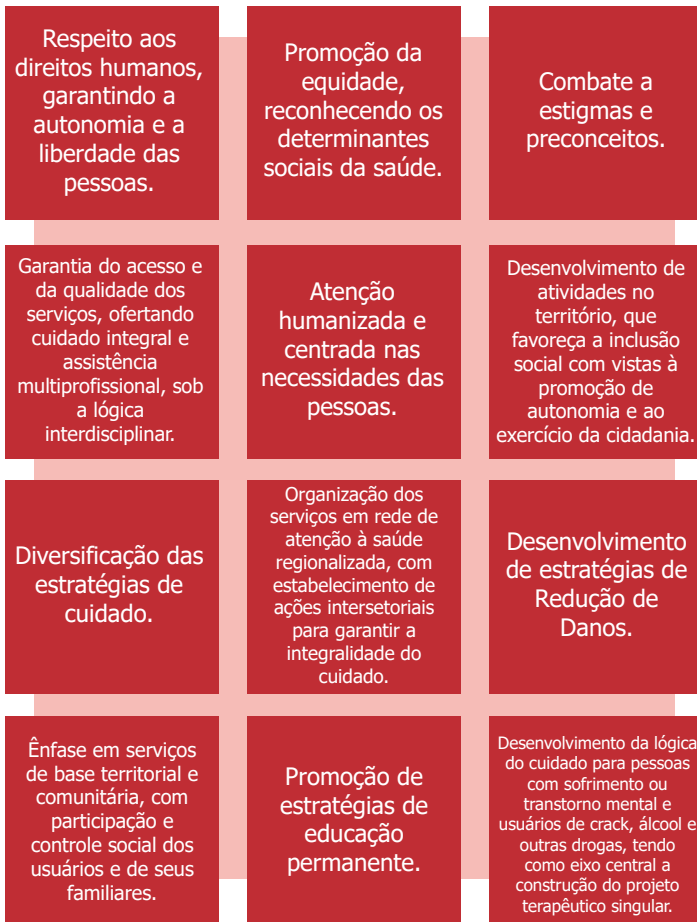
A garantia da articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Segundo a Portaria de Consolidação nº 3/2017, são objetivos específicos da RAPS (BRASIL, 2017):

- Promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (crianças, adolescentes, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas).
- Prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas.
- Reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas.
- Promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária.
- Promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde.
- Desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil.

- Produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede.
- Regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial.
- Monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.

Além disso, a RAPS constitui-se de algumas diretrizes para o seu funcionamento, são elas (BRASIL,2017):



A RAPS é dividida por diferentes componentes. Veja no quadro 1 os componentes e pontos de atenção da RAPS:

Quadro 1 - Componentes e pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial.

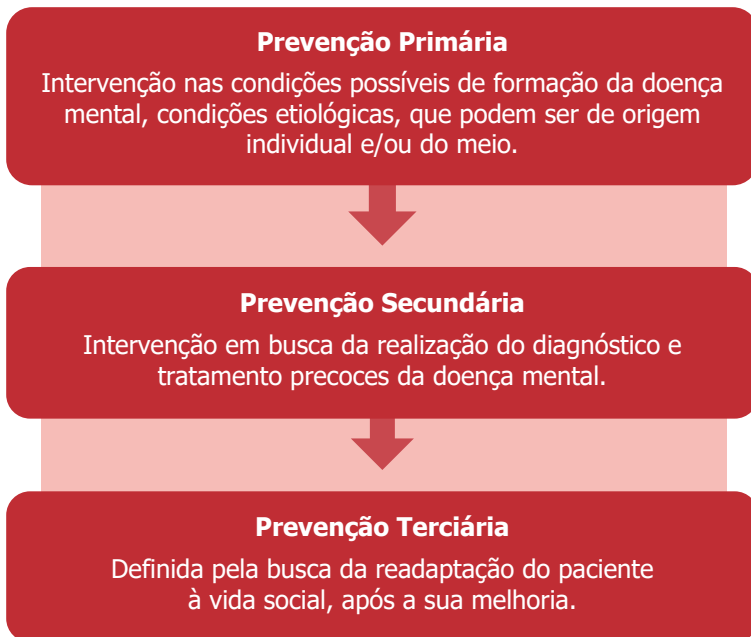
Componentes	Pontos de Atenção
Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde.
	Equipes de Atenção Básica para populações em Situações Específicas (Consultório na Rua e Equipe de Apoio aos Serviços do Componente Atenção Residencial de Caráter Transitório).
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família.
	Centro de Convivência e Cultura.
Atenção Psicossocial	CAPS I
	CAPS II
	CAPS III
	CAPS AD
	CAPS AD III
	CAPS i
Atenção de Urgência e Emergência	Unidade de Pronto Atendimento (UPA).
	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).
	Sala de Estabilização.
	Portas Hospitalares de Atenção à Urgência/ Pronto-Socorro
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento Adulto.
	Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil.
	Serviço de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	Leitos de psiquiatria em Hospital Geral.
	Serviço Hospitalar de Referência.
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviço Residencial Terapêutico.
	Programa de Volta para Casa.
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	Cooperativas Sociais, Empreendimentos Solidários e Iniciativas de trabalho e Renda.

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.htm>.

Para melhorar sua compreensão sobre cada um dos componentes da RAPS, vamos apresentar cada um detalhadamente.

3.1 Atenção Básica em Saúde

Existem referenciais em Saúde Mental que vão se construindo ao longo da história e se concretizam na prática cotidiana. Entre estes referenciais, estão alguns fundamentos da Psiquiatria Preventiva que veremos a seguir. Segundo Amarante (2007), a Psiquiatria Preventiva proposta por *Gerald Caplan* foi transposta da medicina preventiva para a psiquiatria e considerava-se poder ser realizada em três níveis:



Para o melhor manejo da saúde mental na Atenção Básica, propõe-se um trabalho compartilhado de suporte às equipes de Saúde da Família (SF) por meio do desenvolvimento do apoio matricial em saúde mental pelos profissionais dos Núcleos de

Apoio à Saúde da Família (NASF). O apoio matricial é um arranjo técnico-assistencial que visa à ampliação da clínica das equipes de Saúde da Família, superando a lógica de encaminhamentos indiscriminados para uma lógica de corresponsabilização entre as equipes de SF e Saúde Mental, com a construção de vínculos entre profissionais e usuários (BRASIL, 2009).

Dito isso, é possível afirmar que as práticas de saúde mental na Atenção Básica devem se configurar como práticas substitutivas ao modelo hegemônico e medicalizante, assim como às práticas produtoras da psiquiatrização e psicologização do sujeito e de suas necessidades. Assim, a Política Nacional de Saúde Mental propõe uma mudança do modelo de Atenção à Saúde Mental dentro do SUS e está direcionada para a ampliação e qualificação do cuidado nos serviços comunitários, com base no território (BRASIL, 2009).

O trabalho articulado dos profissionais da Saúde Mental com a equipe da Estratégia Saúde da Família revela-se fundamental para o estabelecimento e fortalecimento de vínculos entre a Atenção Estratégica (CAPS) e a Atenção Básica, possibilitando a corresponsabilidade dos casos, ampliando a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local e favorecendo a atenção territorializada (BARROS; LOPES; GALHEIGO, 2007).

A operacionalização das ações de Saúde Mental na Atenção Básica necessita que os princípios fundamentais da Atenção Psicossocial sejam assimilados na prática cotidiana dos profissionais. Entre estes principais fundamentos estão: a promoção da saúde, a noção de território, acolhimento, vínculo e responsabilização, integralidade, intersetorialidade, multiprofissionalidade, organização da atenção à saúde em rede, desinstitucionalização, reabilitação psicossocial, participação da comunidade e promoção da cidadania dos usuários. Veja no

quadro 2 as diretrizes gerais para a atuação das equipes na Saúde Mental (BRASIL, 2010a):

Quadro 2 - Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde - Diretrizes gerais para a atuação das equipes de saúde.

1. Deve-se identificar, acolher e atender às demandas de saúde mental do território, em seus graus variados de severidade – os pacientes devem ter acesso ao cuidado em saúde mental o mais próximo possível do seu local de moradia, de seus laços sociais e familiares.
2. Devem ser priorizadas as situações mais graves, que exigem cuidados mais imediatos (situações de maior vulnerabilidade e risco social).
3. As intervenções devem se dar a partir do contexto familiar e comunitário – a família e a comunidade devem ser parceiras no processo de cuidado.
4. É fundamental a garantia de continuidade do cuidado pelas equipes de Saúde da Família, seguindo estratégias construídas de forma interdisciplinar.
5. As redes sanitária e comunitária são importantes nas estratégias a serem pensadas para o trabalho conjunto entre saúde mental e equipes de Saúde da Família.
6. O cuidado integral articula ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação psicossocial.
7. A educação permanente deve ser o dispositivo fundamental para a organização das ações de saúde mental na Atenção Primária.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a. 152 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcdad27.pdf>.

Portanto, nesse contexto são considerados pontos de atenção do componente da Atenção Básica em Saúde na RAPS as unidades básicas de saúde, as equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família e os Centros de Convivência e Cultura.

Vamos verificar a seguir as características de cada um desses pontos de atenção.

3.1.1 Unidade Básica de Saúde

A unidade básica de saúde é um serviço constituído por equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações,

de âmbito individual e coletivo, que abrange a 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 com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2017).

3.1.2 Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas

Entres as equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas que apresentam atuação na RAPS, destacam-se as equipes de consultório na Rua e as equipes de Apoio aos Serviços do Componente Atenção Residencial de Caráter Transitório.

Essas equipes devem atuar de maneira integrada com as equipes de Saúde da Família e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, ampliando, desta forma, a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica.

- Equipe de Consultório na Rua



A equipe de Consultório de Rua é constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde, sendo responsabilidade dessa equipe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, ofertar cuidados em saúde mental para (BRASIL, 2017):

Figura 1 - Responsabilidade da equipe Consultório de Rua no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.



Pessoas em situação de rua em geral.



Pessoas com transtornos mentais.



Usuários de crack, álcool e outras drogas.

Entre as ações dessas equipes, incluem-se 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 (BRASIL, 2017).



Você sabe como é definida população em situação de rua (PSR)?

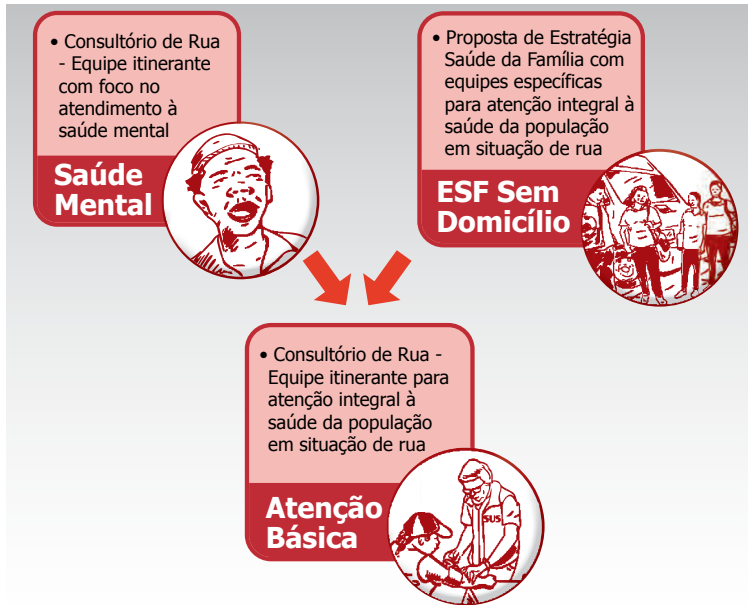
Ela é definida como um grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (BRASIL, 2009).

A implantação dos Consultórios na Rua destinados à atenção à saúde da população em situação de rua traz impactante e positiva perspectiva colaborativa entre as áreas de Atenção Básica e Saúde Mental, com vistas a uma cogestão e acompanhamento da transição de modelos e os complexos desdobramentos desse processo (BRASIL, 2014a).

De acordo com o Ministério da Saúde, o Consultório na Rua é parte de uma estratégia maior denominada “Programa Crack, é possível vencer”, criada pelos ministérios da Saúde, Justiça, Educação e Desenvolvimento Social e Combate à Fome e Secretaria de Direitos Humanos, e que tem as ações desenvolvidas em três eixos (prevenção, cuidado e autoridade), sendo o eixo cuidado desenvolvido por alguns pontos da Rede de Atenção Psicossocial, entre as quais estão: o CAPS AD III, as unidades de acolhimento, os leitos de saúde mental, o Consultório na Rua e a formação técnica para profissionais de nível médio e superior (BRASIL, 2014b).

Abaixo você pode verificar um esquema de como ocorre a articulação entre as equipes de Consultório na Rua e a Estratégia de Saúde da Família:

Figura 2 - Esquema da estruturação do Consultório na Rua.



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 98 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_ rua.pdf>.

Além disso, algumas diretrizes são propostas no atendimento às PSR, entre elas podemos destacar alguns pontos importantes para auxiliar o profissional de saúde no atendimento integral, são eles (BRASIL, 2012b):

Concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção de saúde e no resgate da qualidade de vida, com intervenção nos fatores que a colocam em risco.

Incorporação das ações programáticas, incluindo acesso às redes sociais.

Desenvolvimento de ações intersetoriais.

Consciência dos aspectos que condicionam e determinam um dado estado de saúde e dos recursos existentes para sua prevenção, promoção e recuperação.

Para a organização desse modelo, é fundamental que sejam pensadas as “linhas do cuidado” (da criança, do adolescente, do adulto, do idoso).

O trabalho em equipe é um de seus fundamentos mais importantes.



PARA SABER MAIS!

Para aprofundar seu conhecimento, sugerimos a leitura do [Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua](#), publicado pelo Ministério da Saúde em 2012.

- Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório

As equipes de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório oferecem suporte clínico e apoio a esses pontos de atenção, coordenando o cuidado e prestando serviços de atenção à saúde de forma longitudinal e articulada com os outros pontos de atenção da rede ([BRASIL, 2017](#)).

3.1.1.3 Centro de Convivência e Cultura

O Centro de Convivência e Cultura é uma unidade pública, articulada às Redes de Atenção à Saúde, em especial à RAPS, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade ([BRASIL, 2017](#)).

Esses centros são estratégicos para a inclusão social das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e

outras drogas, por meio da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaço da cidade (BRASIL, 2017).

3.1.4 Núcleo de Apoio à Saúde da Família

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), vinculado à unidade básica de saúde é constituído por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento, que atuam de maneira integrada, sendo responsável por apoiar as equipes de Saúde da Família, as equipes de Atenção Básica para populações específicas e equipes da academia da saúde, atuando diretamente no apoio matricial e, quando necessário, no cuidado compartilhado com as equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o NASF está vinculado, incluindo o suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental e os problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2017).

O NASF faz parte da Atenção Básica, mas não se constitui como serviço com unidade física independente ou especial, e não é de livre acesso para atendimento individual ou coletivo. Deve, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes e/ou Academia da Saúde, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços, a exemplo do CAPS (BRASIL, 2012).

A responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as equipes de Saúde da Família/equipes de Atenção Básica para populações específicas prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência, ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes de Atenção Básica, atuando no

fortalecimento de seus princípios e no papel de coordenação do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012).

O processo de trabalho dos profissionais do NASF deve ser desenvolvido por meio do apoio matricial, com a criação de espaços coletivos de discussões e planejamento, organização e estruturação de espaços de atendimento compartilhado, intervenções específicas com os usuários e/ou famílias, ações comuns nos territórios de sua responsabilidade. É sabido também que a equipe do NASF utiliza ferramentas tecnológicas, entre elas o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o Projeto de Saúde no Território (PST), Apoio Matricial, a Clínica Ampliada e a Pactuação do Apoio (BRASIL, 2010a).

3.2 Atenção Psicossocial

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e suas modalidades compõem a Atenção Psicossocial Estratégica. O CAPS é um serviço de referência para casos graves, que necessitem de cuidados mais intensivos, e/ou de reinserção psicossocial, e ultrapassem as possibilidades de intervenção conjunta das equipes de NASF e SF (BRASIL, 2010a).

Pessoas que buscam o CAPS por demanda espontânea devem ser acolhidas e avaliadas pela equipe, e os casos que não tiverem necessidade de acompanhamento nesse serviço devem ser redirecionados para as equipes de Saúde da Família de referência, preferencialmente por meio de contato telefônico do profissional do CAPS com o profissional da UBS ou do NASF (BRASIL, 2014b).

O CAPS é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às

pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2017).

Os usuários egressos de internação psiquiátrica também podem ser atendidos diretamente pelo CAPS, visando reinserção psicossocial e organização do retorno da pessoa para tratamento no plano comunitário. Os casos de usuários acompanhados pelo CAPS que, após estabilização, receberem alta do serviço também podem ser discutidos entre CAPS, ESF e NASF, em vez de serem encaminhados diretamente para as ESF (BRASIL, 2014b).

Segundo o Ministério da Saúde, os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados nas seguintes modalidades (BRASIL, 2017):

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.

É indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 15 mil habitantes.

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 70 mil habitantes.

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 24 horas, incluindo feriados e fins 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 150 mil habitantes.

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 70 mil habitantes.

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 24 horas, incluindo feriados e fins de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno.

Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 150 mil habitantes.

CAPSi

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 70 mil habitantes.

As atividades nos CAPS são realizadas 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. Sendo o cuidado desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Singular, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família (BRASIL, 2017).

3.3 Atenção de Urgência e Emergência

Os pontos de atenção de urgência e emergência 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. Entre eles destacam-se o Samu, a sala de estabilização, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro, a UPA e as unidades básicas de saúde (BRASIL, 2017).

Além disso, os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na Atenção de Urgência e Emergência deverão se articular com os CAPS, devendo, nas situações que necessitem de internação ou de serviços residenciais de caráter transitório, articular e coordenar o cuidado (BRASIL, 2017).

3.4 Atenção Residencial de Caráter Transitório

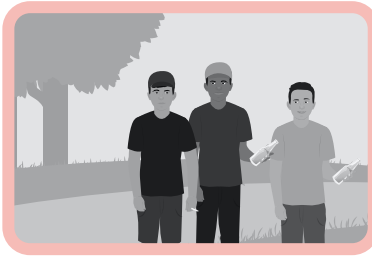
As Unidades de Acolhimento e o Serviço de Atenção em Regime Residencial são pontos de atenção do componente de Atenção Residencial de Caráter Transitório (BRASIL, 2017).

As Unidades de Acolhimento oferecem 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 cujo tempo de permanência é de até seis meses (BRASIL, 2017).

Essas unidades estão organizadas em duas modalidades, são elas (BRASIL, 2017):



Unidades de acolhimento adulto: destinados a pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, maiores de 18 anos.



Unidades de acolhimento infantojuvenil:

destinadas a adolescentes e jovens (de 12 até 18 anos incompletos).

Já os serviços de Atenção em Regime Residencial, entre eles as comunidades terapêuticas, destinam-se 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 (BRASIL, 2017).

3.5 Atenção hospitalar

Entre os pontos de atenção do componente atenção hospitalar destacam-se os leitos de saúde mental em hospital geral e 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 no hospital geral (BRASIL, 2017).

Os leitos de saúde mental em hospital geral oferecem 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 (BRASIL, 2017).

Já 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, com equipe multiprofissional e sempre acolhendo os pacientes em articulação com os CAPS e outros serviços da Rede de Atenção

Psicossocial para construção do Projeto Terapêutico Singular. Esse serviço deve funcionar em regime integral, durante 24 horas diárias, nos sete dias da semana, sem interrupção da continuidade entre os turnos (BRASIL, 2017).

3.6 Estratégias de desinstitucionalização

Esse componente é constituído 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. Os serviços residenciais terapêuticos e o Programa de Volta para Casa são pontos de atenção deste componente (BRASIL, 2017).

O serviço residencial terapêutico (SRT) ou residência terapêutica ou simplesmente “moradia” são casas 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 (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2017).

O suporte de caráter interdisciplinar (seja o CAPS de referência, seja uma equipe da Atenção Básica) deverá considerar a singularidade de cada um dos moradores, e não apenas projetos e ações baseados no coletivo de moradores. O acompanhamento a um morador deve prosseguir, mesmo que ele mude de endereço ou eventualmente seja hospitalizado (BRASIL, 2004a).

O programa de Volta para Casa, instituído pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que trata da proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, é uma política pública de inclusão social que visa contribuir e fortalecer o processo de desinstitucionalização, que provê auxílio-reabilitação para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência (BRASIL, 2003).



Além disso, redireciona o modelo assistencial em saúde mental, o qual determina que os pacientes hospitalizados há muito tempo, ou para os quais se caracterize situação de grave dependência institucional, sejam objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida. O objetivo desse programa é a inclusão social e a mudança do modelo assistencial em saúde mental, com ampliação do atendimento extra-hospitalar e comunitário (BRASIL, 2003).

3.7 Estratégias de reabilitação psicossocial

As estratégias de reabilitação psicossocial são compostas por iniciativas de trabalho e geração de renda, assim como empreendimentos solidários e cooperativas sociais (BRASIL, 2017).

De acordo com Pitta (2000 apud OLIVEIRA; SÁ, 2007), sobre a designação da *International Association of Psychosocial Rehabilitation Services* em 1985, a reabilitação psicossocial atua como um processo para facilitar ao indivíduo com limitações a

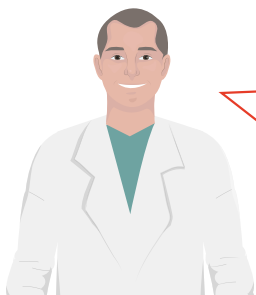
restauração no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade; o processo enfatizaria as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo.

A Reabilitação Psicossocial tem como objetivos a defesa da inclusão da reabilitação em políticas públicas e o atendimento integral mediante ações de prevenção, promoção e reabilitação, sendo o território comunitário um espaço privilegiado para a atenção em reabilitação. Nesse sentido, o compromisso é promover a reabilitação na participação social, ou seja, a atenção é desencadeada mediante o estabelecimento de possibilidades de participação social. A participação social não é objetivo do processo, e sim condição para seu estabelecimento (ALMEIDA; OLIVER, 2001). Assim, a reabilitação psicossocial não significa apenas romper com os muros da instituição psiquiátrica, constitui uma 'nova entrada social' para pessoas que até então se encontravam barradas física e socialmente de participação na vida familiar e coletiva (MOREIRA, 2008).

Para Oliveira e Sá (2007), entende-se reabilitação psicossocial como uma atitude que possibilita o exercício da cidadania, assegura o poder contratual da pessoa com transtorno mental, habilita não somente o indivíduo ao meio, mas o meio ao indivíduo, instigando a sociedade à capacidade de aceitar o diferente, possibilita a valorização das potencialidades dos portadores de transtorno mental e trabalha as suas limitações; essas ações precisam ser articuladas entre cliente, serviços de saúde, família, comunidade, sociedade civil e Estado.

Sendo assim, a economia solidária nasce efetivamente com uma proposta de inclusão social, mas não de inclusão social no capitalismo. A economia solidária vem da ideia de que uma cooperativa é uma associação de pessoas com os mesmos direitos sobre a atividade coletiva da qual participam,

porém, mais do que isso, ela não está a serviço de seus membros (BRASIL, 2005).



Para aprofundar seu conhecimento sobre os componentes da RAPS e seus pontos de atenção, vamos analisar o caso da Dona Helena!

Helena, 50 anos de idade, mãe de dois filhos adultos. O filho mais velho, João, possui 32 anos, e se envolveu com cocaína há dois anos, foi interno em hospital psiquiátrico durante um ano, e quando retornou ao convívio social passou seis meses sem fazer uso de drogas. Frequentou igreja evangélica e trabalhou em uma serralheria até conhecer a sua atual esposa (Joana), que é usuária de drogas. Ao conviver com Joana, João voltou a utilizar cocaína, perdeu o emprego, isolou-se e passou a residir em outro local, diferente do domicílio da mãe. Maria, a outra filha de Helena, é casada há quatro anos, possui dois filhos, um de 3 anos e outro de 1 ano. Trabalha em uma farmácia e cuida das tarefas domésticas e dos filhos. Seu marido, há três meses, passou a usar crack e mudou muito o comportamento, tornando-se agressivo. Deixou o trabalho de técnico de eletricidade em uma multinacional, abandonou cursos de capacitação (nos quais habitualmente se matriculava), de cuidar dos filhos junto com a esposa e de dormir em casa. Maria descobriu há poucos dias que está grávida e relatou à mãe dela que a gravidez é consequência de um estupro praticado pelo marido. Maria não está mais aguentando a convivência com

ele, mas, ao mesmo tempo, não quer abandoná-lo. Helena já teve vários picos de hipertensão arterial, está muito nervosa, com labilidade emocional e já tentou ajudar os filhos de muitas formas, inclusive solicitando o apoio da Pastoral da Sobriedade e da enfermeira da sua ESF.



Considerando o mapa territorial apresentado na figura 3, quais são as possíveis estratégias de atuação dentro da Rede de Atenção Psicossocial no caso de Dona Helena?

Figura 3 - Mapa territorial com os componentes da Rede de Atenção Psicossocial e seus pontos de atenção.



Fonte: CARDOSO, J.S. (Org.). **Redes de atenção à saúde: rede de atenção psicossocial**. São Luís: UNA-SUS, UFMA, 2015. 46f. Disponível em:< http://repcursos.unasus.ufma.br/rede_atencao/modulo5/und1/media/pdf/livro.pdf>.

Para assegurar a acessibilidade e a resolutividade do cuidado e o tratamento das pessoas que fazem uso nocivo de álcool e outras drogas, é preciso trabalhar em rede, isso para conseguir um resultado maior do que se trabalhar de forma isolada (BRASIL, 2015).

As intervenções reducionistas, focadas apenas na droga e na dependência química e tendo a abstinência como único resultado, não têm efetividade terapêutica (BRASIL, 2015).

As evidências nacionais e internacionais reafirmam que são necessárias estratégias que levem em consideração o multidimensionamento e as relações entre eles na história de vida do usuário, desconstruindo as formas abusivas, potencializando e aumentando a contratualização do sujeito com e na sociedade (BRASIL, 2015).

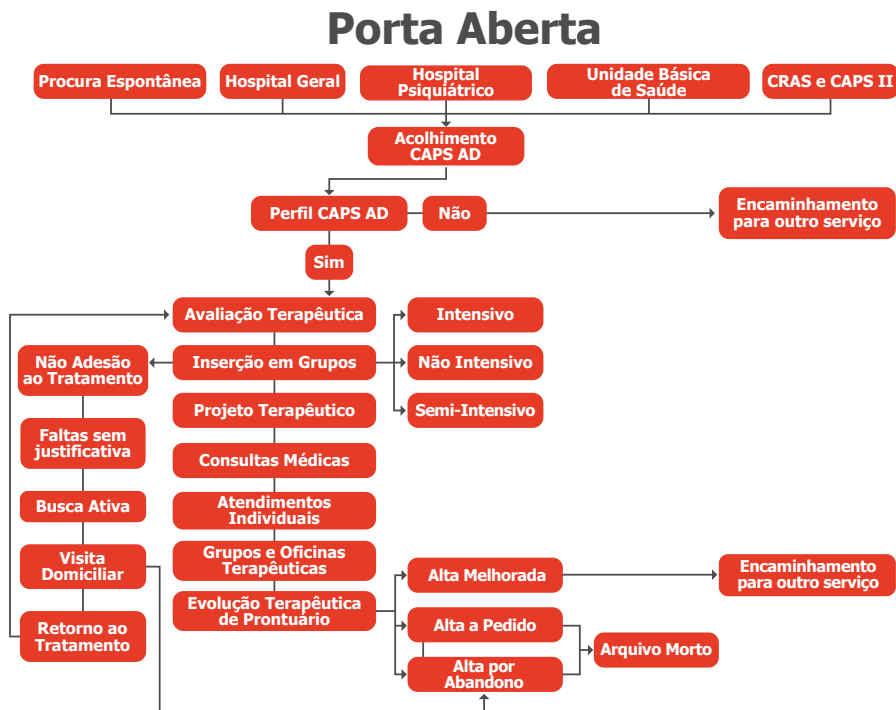
Muitas vezes, por exemplo, em um Projeto Terapêutico Singular (PTS), são necessárias ações que vão além da esfera da saúde, e, mesmo considerando as ações em saúde, nem sempre um único serviço pode demonstrar o potencial necessário para abarcar as diversas necessidades das pessoas (BRASIL, 2015).

Entretanto, em função da necessidade de um serviço de saúde que atendesse tanto o aumento da demanda de usuários de álcool e outras drogas como a necessidade de atendimento diário a estes usuários, foram criados os Centros de Atenção Psicossociais Álcool e Drogas (CAPS AD), como um dos serviços substitutivos à internação. Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, os CAPS são serviços de atenção psicossocial que se caracterizam pelo cuidado e atenção diária e articulação de toda a rede de atenção. Nesses serviços, trabalham equipes de diversas áreas de formação (DUARTE & DALBOSCO, 2011; FIGUEIREDO & RODRIGUES, 2004; KANTORSKI et al., 2009).

Por meio de um trabalho interdisciplinar e integral, diversas ações são desenvolvidas nos CAPS AD no intuito de cuidado aos usuários de drogas, como o acolhimento universal e incondicional ao paciente e seus familiares. Especificamente com relação ao crack, busca-se acolher usuários de crack que demandem ajuda mesmo àqueles que não demonstrem desejo de interromper o consumo, tratar abstinências leves de crack em nível ambulatorial, realizar busca ativa em articulação com Atenção Básica em casos de abandono de tratamento; desenvolver oficinas terapêuticas; e apoiar um trabalho dentro da perspectiva de redução de danos (RD), suporte e apoio a familiares (BRASIL, 2010b).

No CAPS AD os usuários possuem acesso direto ao serviço, atendimento porta aberta, o que facilita e desburocratiza o acesso ao serviço. Porém, também são atendidos os pacientes encaminhados por outros serviços intersetoriais tais como: unidades básicas de saúde (UBS); Estratégia da Saúde da Família (ESF); Hospital Geral; Hospital Psiquiátrico de Atendimento Integral; Hospital Dia, Ministério Público, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II). Veja na figura 4 uma proposta de fluxograma para o atendimento no CAPS AD (COLOMBO, 2011).

Figura 4 - Proposta de fluxograma para o atendimento no CAPS AD.



Fonte: COLOMBO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Saúde Mental. **Protocolo de saúde mental**. Colombo, 2011. Disponível em: < <http://www.colombo.pr.gov.br/downloads/saude/062012/9-PROTOCOLO-DE-SAUDE-MENTAL-DE-COLOMBO.PDF>>. Acesso em: 11 dez. 2017.

Portanto, para garantir a atenção integral a usuários de crack e outras drogas, os serviços de saúde devem estar articulados, de forma funcional e complementar, com os diversos dispositivos da rede. Nesse contexto, pontos de atenção da RAPS que podem ser utilizados na atenção a usuários de crack, álcool e outras drogas são os CAPS AD, os CAPS AD 24 horas, a Atenção Básica (AB), os ambulatórios de saúde mental, os hospitais gerais (com leitos de atenção integral), os Consultórios na Rua (CR), entre outros (BRASIL, 2010b).

4 INDICADORES DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Em 2011, foram incorporados dados sobre Saúde Mental no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (sistema de informação vigente naquele momento) e aspectos determinantes sobre a Rede de Atenção Psicossocial também foram significativamente discutidos durante o desenvolvimento do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Entre os indicadores incorporados, têm-se (BRASIL, 2014a):

Proporção de atendimentos em saúde mental, exceto de usuários de álcool e drogas.

Proporção de atendimentos de usuários de álcool.

Proporção de atendimentos de usuários de drogas.

Taxa de prevalência de alcoolismo.

O Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), vigente até o momento, consiste na reestruturação do Sistema de Informação da Atenção Básica

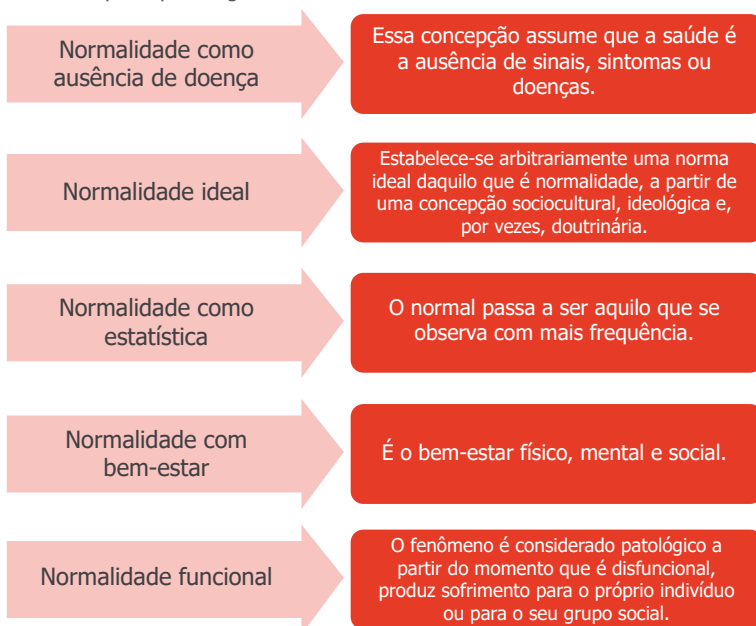
(SIAB). O SISAB apresenta plataforma tecnológica moderna e é composto por dois sistemas de software: e-SUS AB com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e e-SUS AB com Coleta de Dados Simplificada (CDS) (BRASIL, 2014b).

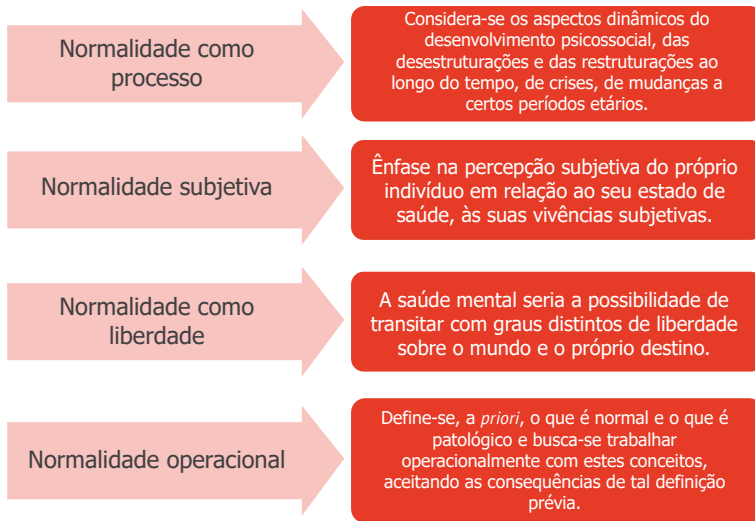
4.1 Transtornos mentais mais prevalentes

Para iniciar a discussão acerca dos transtornos mentais mais frequentes, é necessário inicialmente falar um pouco do que é normalidade a partir de critérios assumidos pelo profissional a partir de uma ideologia e concepção filosófica ou pragmática.

Segundo Dalgarrondo (2008), entre os critérios de normalidade mais assumidos em psiquiatria e psicopatologia estão:

Figura 5 - Critérios de normalidade mais assumidos em psiquiatria e psicopatologia.





Fonte: Adaptado de: DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

Percebemos que a partir desses critérios de normalidade, o conceito de doença mental/transtorno mental se torna muito híbrido se não assumirmos uma postura de situá-lo dentro de alguma categoria apresentada.

Como uma das formas de obter uma categorização, surge então o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mental (DSM) publicado pela primeira vez em 1953 pela Associação Psiquiátrica Americana (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). O DSM encontra-se atualmente na 5ª edição e sofreu algumas modificações quanto à classificação dos transtornos mentais como é mostrado a seguir:

Quadro 3 - Modificações sofridas pelo DSM.

Capítulos do DSM-IV-TR	Capítulos do DSM-5
<ul style="list-style-type: none"> • Transtornos geralmente diagnosticados pela primeira vez na infância ou na adolescência. • Delirium, demência, transtorno amnésico e outros transtornos cognitivos. • Transtornos mentais causados por uma condição médica geral não classificados em outro local. • Transtornos relacionados a substâncias. • Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos. • Transtornos de humor. • Transtornos de ansiedade. • Transtornos somatoformes. • Transtornos factícios. • Transtornos dissociativos. • Transtornos sexuais e da identidade de gênero. • Transtornos da alimentação. • Transtornos do sono. • Transtorno do controle dos impulsos não classificados em outro local. • Transtornos da adaptação. • Transtornos da personalidade. • Outras condições que podem ser foco de Atenção Clínica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Transtornos do Neurodesenvolvimento. • Espectro da Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos. • Transtorno bipolar e outros transtornos relacionados. • Transtornos depressivos. • Transtornos de ansiedade. • Transtorno obsessivo-compulsivo e outros transtornos relacionados. • Trauma e transtornos relacionados ao estresse. • Transtornos dissociativos. • Sintomas somáticos e outros transtornos relacionados. • Alimentação e transtornos alimentares. • Transtornos da excreção. • Transtornos do sono-vigília. • Disfunções sexuais. • Disforia de gênero. • Transtornos disruptivo, controle dos impulsos e conduta. • Transtornos relacionados a substâncias e adição. • Transtornos neurocognitivos. • Transtornos de personalidade. • Transtornos parafínicos. • Outros transtornos mentais. • Transtornos do movimento induzidos por medicamentos. • Outros efeitos adversos de medicamentos. • Outras condições que podem ser foco de Atenção Clínica.

Fonte: Adaptado de: ARAÚJO, A. C.; LOTUFO NETO, F. A Nova Classificação Americana para os transtornos mentais: o DSM-5. **Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.**, v. 16, n. 1, p. 67 - 82, 2014. Disponível em: <<http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/viewFile/659/406>>.

Estudaremos a seguir as síndromes psiquiátricas mais comumente encontradas no Brasil.

4.1.1 Transtornos de ansiedade

As síndromes ansiosas são ordenadas inicialmente em dois grandes grupos: quadros em que a ansiedade é constante e permanente (ansiedade generalizada, livre e flutuante) e quadros em que há crises de ansiedade abruptas e mais ou menos intensas, assim chamadas de crises de pânico (DALGALARRONDO, 2008).

O quadro de ansiedade generalizada caracteriza-se pela presença de sintomas ansiosos excessivos, na maior parte dos dias, por pelo menos seis meses. A pessoa apresenta angústia, tensão, preocupação, nervosismo ou irritação. Nesses quadros são frequentes sintomas como insônia, dificuldade em relaxar, angústia constante, irritabilidade aumentada e dificuldade em concentrar-se. São também comuns sintomas físicos como cefaleia, dores musculares, dores ou queimação no estômago, taquicardia, tontura, formigamento e sudorese fria (DALGALARRONDO, 2008).

As crises de pânico são crises intensas de ansiedade, nas quais ocorre importante descarga do sistema nervoso autônomo. Assim, ocorrem sintomas como: batadeira ou taquicardia, suor frio, tremores, desconforto respiratório ou sensação de asfixia, náuseas, formigamentos em membros e/ou lábios. Nas crises intensas, os pacientes podem experimentar diversos graus da chamada despersonalização (DALGALARRONDO, 2008).



O atendimento clínico de pacientes que sofrem com transtornos de ansiedade pode ser um grande desafio. O atendimento odontológico, por exemplo, pode desencadear um nervosismo ainda maior em quem sofre com a ansiedade.

4.1.2 Transtornos depressivos

As síndromes depressivas são atualmente reconhecidas como um problema prioritário de saúde pública. Segundo levantamento da OMS, a depressão maior unipolar é considerada a primeira causa de incapacidade entre todos os problemas. As síndromes depressivas têm como elementos mais evidentes o humor triste e o desânimo. Entretanto, elas caracterizam-se por uma multiplicidade de sintomas afetivos, instintivos e neurovegetativos, ideativos e cognitivos, relativos à autoavaliação, à vontade e à psicomotricidade (DALGALARRONDO, 2008).

Além da depressão maior, há a ordenação da depressão em vários outros subtipos, entre os quais: episódio ou fase depressiva e transtorno depressivo recorrente, distímia, depressão atípica, depressão tipo melancólica ou endógena, depressão psicótica, estupor depressivo, depressão agitada ou ansiosa e depressão secundária ou orgânica (DALGALARRONDO, 2008).

Na nova versão do DSM, o transtorno disruptivo de desregulação do humor e o transtorno disfórico pré-menstrual foram incluídos como um diagnóstico validado, e os diagnósticos de depressão crônica e distímia foram modificados passando a formar o transtorno depressivo persistente (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014).

4.1.3 Transtorno bipolar

Os transtornos bipolares caracterizam-se por seu caráter fásico, episódico, semelhante ao de outros transtornos mentais e neurológicos. Os episódios de mania e depressão ocorrem de modo relativamente delimitado no tempo, e, com frequência, há períodos de remissão, em que o humor do paciente encontra-se eufímico e as alterações psicopatológicas mais intensas regridem. O transtorno bipolar é caracterizado por episódios depressivos leves a graves, intercalados com períodos de normalidade e seguidos de fases maníacas ou hipomaníacas (DALGALARRONDO, 2008).

4.1.4 Transtorno obsessivo-compulsivo

Os quadros obsessivo-compulsivos caracterizam-se por ideias, fantasias e imagens obsessivas e por atos, rituais ou comportamentos compulsivos. Esses quadros são vividos como uma pressão sobre o indivíduo, como algo que o obriga e submete. Na prática clínica, nem sempre é fácil demarcar com precisão o limite entre a obsessão e a fobia (obsessão por limpeza, fobia de sujeira ou contaminação), ou entre a ideia delirante e a obsessão (com pouca crítica e insight) (DALGALARRONDO, 2008).

4.1.5 Esquizofrenia

A esquizofrenia está classificada entre as síndromes psicóticas e apresenta tanto sintomas de primeira ordem quanto de segunda ordem, como são demonstradas a seguir:

Quadro 4 - Sintomas de primeira e segunda ordem.

Primeira ordem	Segunda ordem
<ul style="list-style-type: none"> • Percepção delirante. • Alucinações auditivas. • Eco do pensamento ou sonorização do pensamento. • Difusão do pensamento. • Roubo do pensamento. • Vivências de influências na esfera corporal e ideativa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Perplexidade. • Alterações da senso percepção. • Vivências de influência no campo dos sentimentos, impulsos ou vontade. • Vivência de empobrecimento afetivo e intuição delirante. • Alterações do ânimo de colorido depressivo ou maniatiforme.

Fonte: DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

4.1.6 Transtornos relacionados a substâncias e adição

Os transtornos relacionados a substâncias abrangem dez classes distintas de drogas: álcool; cafeína; cannabis; alucinógenos; inalantes; opioides; sedativos, hipnóticos e ansiolíticos; estimulantes; tabaco e outras substâncias (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014).

Alguns aspectos do manejo de sinais e sintomas do atendimento às situações de crise que envolvem o uso de álcool

e outras drogas são importantes no processo de trabalho da equipe, são eles: a intoxicação, a abstinência, as comorbidades; e as dificuldades no relacionamento interpessoal. De acordo com a classificação demonstrada a seguir, temos as chamadas drogas depressoras, as estimulantes e as perturbadoras da atividade do sistema nervoso central (OLIVEIRA; JOB NETO, 2014).

Quadro 5 - Classificação das drogas de acordo com a atividade que exercem no SNC.

Classificação das drogas de acordo com a atividade que exercem no SNC	Substâncias psicoativas
Drogas depressoras do sistema nervoso central	<ul style="list-style-type: none"> • Bebidas alcoólicas. • Solventes ou inalantes. • Tranquilizantes ou ansiolíticos. • Calmantes e sedativos. • Opiáceos e opioides.
Drogas estimulantes do sistema nervoso central	<ul style="list-style-type: none"> • Anfetaminas. • Cocaína. • Crack. • Nicotina (do tabaco).
Drogas perturbadoras do sistema nervoso central	<ul style="list-style-type: none"> • De origem natural (reino vegetal e reino funghi). • Mescalina (do cacto mexicano). • THC (da maconha). • Psilocibina (de certos cogumelos). • DMT (Ayahuasca, Santo Daime, Vegetal, Jurema). • Lírio (trombeteira, zabumba ou saia-branca). • De origem sintética. • LSD-25. • Êxtase.

Fonte: OLIVEIRA, W; JOB NETO, F. (Org.) **Singularidades no cuidado da RAPS.** Florianópolis, SC: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014. 76 p.

A redução de danos tem sido uma das propostas mais concretas no combate ao uso de crack, álcool e outras drogas pela política pública de saúde. A redução de danos pode ser compreendida tanto como uma estratégia para reduzir danos de HIV/DST em usuários de drogas quanto como redução de danos ampliada, concebida como conceito mais abrangente, no campo da saúde pública/saúde coletiva, por abarcar ações e políticas públicas voltadas para a prevenção dos danos antes que eles aconteçam (DIAS et al., 2003 apud BRASIL, 2013).

A abordagem da redução de danos nos oferece um caminho promissor, porque reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida. Ela se oferece como um método, e, portanto, não excludente de outros. Mas vemos também que o método está vinculado à direção do tratamento, e, aqui, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de corresponsabilidade daquele que está se tratando. Implica, por outro lado, o estabelecimento de vínculo com os profissionais (BRASIL, 2004b).



Com base no seu território de atuação e nos dados disponíveis na sua unidade de saúde, identifique as seguintes questões:

Quais os transtornos mentais mais frequentemente atendidos na sua unidade de saúde?

Problemas de saúde mental são responsáveis por uma morbidade significativa em todo o mundo. Cerca de 90% apresentam manifestações de depressão e ansiedade, incluindo sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, dificuldade de memória e concentração e queixas somáticas (WHO, 2002).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2015, 322 milhões de pessoas em todo o mundo sofriam de depressão, o que corresponde a 4,4% da população mundial, já em relação à ansiedade o número total de pessoas que apresentavam foi de 264 milhões, o que corresponde a 3,6% da população (WHO, 2017).

Já no Brasil, as estimativas da OMS apontam que em 2015, 5,8% da população sofriam com a depressão e 9,3% sofriam com a ansiedade. O Brasil é o país com maior prevalência de depressão da América Latina e o segundo com maior prevalência nas Américas, ficando atrás somente dos Estados Unidos, que têm 5,9% de depressivos (WHO, 2017).



PARA SABER MAIS!

Para aprofundar seu conhecimento sobre a atenção à saúde de usuário de álcool e outras drogas, sugerimos a leitura dos seguintes textos:

- **Singularidades no cuidado da RAPS**, publicado pela Universidade Federal de Santa Catarina, em 2014.
- **[A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas](#)**, publicado pelo Ministério da Saúde, em 2004.
- **[Depression and Other Common Mental Disorders](#)**, publicado pela Organização Mundial da Saúde, em 2017.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para falarmos de uma Rede de Atenção Psicossocial é necessário situar esta nomenclatura em um contexto histórico, político e social no qual o termo surgiu e a partir do qual ele se sustenta enquanto um operacionalizador da Política Nacional de Saúde Mental.

Neste livro discutimos questões históricas, sociais e políticas sob as quais o conceito de RAPS se estrutura fazendo menção principalmente à Reforma Psiquiátrica e situamos este conceito, a partir de um campo de atuação ou área de conhecimento da Política Pública de Saúde brasileira denominada Saúde Mental. A Saúde Mental, como terreno de saberes plurais, transversais e, por vezes, híbridos, vai além da Psiquiatria e se coloca como um campo de saber em que a intersectorialidade, a transversalidade e a integralidade fazem contorno dessa atuação, e é tomando estes conceitos que a RAPS se constituiu.

Por fim, diante da complexidade do sofrimento psíquico, cabe aqui também não só falar dos principais transtornos mentais, mas ampliar o olhar em direção ao sujeito, e não somente à doença mental.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C.; OLIVER, F. C. Abordagens comunitárias e territoriais em reabilitação de pessoas com deficiências: fundamentos para a Terapia Ocupacional. In: BARTALOTTI, C. C.; DE CARLO, M. M. R. P. (Org.). **Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus, 2001.

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

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: < <http://aempreendedora.com.br/wp-content/uploads/2017/04/Manual-Diagn%C3%B3stico-e-Estat%C3%ADstico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2017.

ARAÚJO, A. C.; LOTUFO NETO, F. A Nova classificação americana para os transtornos mentais: o DSM-5. **Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.**, v. 16, n. 1, p. 67 - 82, 2014. Disponível em: <http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/viewFile/659/406>. Acesso em: 29 jan. 2015.

ASSIS, M. **O Alienista**. São Paulo: Editora Ática, 1882.

BARROS, D. D.; LOPES, R. E.; GALHEIGO, S. M. **Terapia ocupacional social: concepções e perspectivas**. In: CAVALCANTE, A.; GALVÃO, C. **Terapia ocupacional: fundamentação e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (2010).

Abordagens Terapêuticas a Usuários de Cocaína/Crack no Sistema Único de Saúde: Texto preliminar destinado à consulta pública. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: < http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_320_abordagemuscrock.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2017.

_____. _____. **Implantação das Redes de Atenção à saúde e outras estratégias da SAS.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a. 160 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2017.

_____. _____. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). v. 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. 116 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2017.

_____. _____. Portaria de Consolidação nº 3. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html>. Acesso em: 22 nov. 2017.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** 2. ed. rev. ampl. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: < <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326983.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF:** Núcleo de Apoio a Saúde da Família Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a. 152 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd27.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2017.

_____. _____. _____. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas:** Guia AD. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. 100 p. Disponível em: <<http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/15/Guia-Estrat--gico-para-o-Cuidado-de-Pessoas-com-Necessidades-Relacionadas-ao-Consumo-de---lcool-e-Outras-Drogas--Guia-AD-.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2017.

_____. _____. _____. **Manual do Programa “De Volta para Casa”.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. 18 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_PVC.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2017.

_____. _____. _____. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 98 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2017.

_____. _____. _____. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a. 16 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: < <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental e economia solidária:** inclusão social pelo trabalho. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. 134 p. (Série D. Reuniões e Conferências). Disponível em: < http://www.cooperativismopopular.ufrj.br/saudemental/pdf/Saude_Mental_Economia_Solidaria.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde na escola.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 160 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica; n. 24). Disponível em: < http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_24.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2017.

COLOMBO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Saúde Mental. **Protocolo de saúde mental.** Colombo, 2011. Disponível em: < http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_320_abordagensuscrack.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2017.

COSTA-ROSA, A. **Atenção psicossocial além da Reforma Psiquiátrica:** contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva. São Paulo: UNESP, 2013.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: transformações na legislação, na ideologia e nas práxis. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 6, n. 1, 2007. Disponível em: < <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/en/psi-53282>>. Acesso em: 11 dez. 2017.

DUARTE, P. C. A. V. E.; DALBOSCO, C. A Política e a Legislação Brasileira sobre Drogas. In: SENAD. **Prevenção ao uso indevido de drogas**. Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. Brasília: SENAD, 211, p. 217-236.

FIGUEIREDO, V. V. E.; RODRIGUES, M. M. P. Atuação do Psicólogo nos CAPS do Estado do Espírito Santo. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 2, p. 173-181, mai./ago. 2004. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v9n2/v9n2a04.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2017.

KANTORSKI, L. P. et al. Contribuições do Estudo de Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, n. 1, p. 1-09, 2009. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1015/1140>. Acesso em: 11 dez. 2017.

MÂNGIA, E.; NICÁCIO, F. Terapia ocupacional em saúde mental: tendências principais e desafios contemporâneos. In: DE CAROL, M.; BARTALOTTI, C. (Org.). **Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus, 2011.

MOREIRA, A.B. Terapia ocupacional: história crítica e abordagens territoriais/comunitárias. **Vita et Sanitas**, Trindade, Go, v. 2, n. 2, 2008. Disponível em: <http://fug.edu.br/revista_2/pdf/artigo_to.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2015.

OLIVEIRA, E. N.; SÁ, R. A. R. Reabilitação psicossocial: um enfoque dessa prática na Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral - CE. **SANARE**, Sobral, v. 6, n. 2, p. 7-25, jul./dez. 2007.

OLIVEIRA, W; JOB NETO, F. (Org.) **Singularidades no cuidado da RAPS**. Florianópolis, SC: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014. 76 p.

TENÓRIO, F. A Reforma psiquiátrica brasileira da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde, Manguinhos**, Rio de Janeiro. v. 9, n. 1, p. 25-59, jan./abr. 2002. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2017.

WHO. **Towards a common language for functioning disability and health – ICF**. Geneva: World Health Organization, 2002.

WHO. **Depression and other common mental disorders**: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em:< <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua=1>>. Acesso em: 12 dez. 2017.

