

GUIA PARA O TRABALHO NAS REDES DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM MINAS GERAIS

DIRETRIZES E ORIENTAÇÕES

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

GUIA PARA O TRABALHO NAS REDES DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM MINAS GERAIS

DIRETRIZES E ORIENTAÇÕES

Alessandra Rios de Faria
Amanda Vasconcelos Alcântara
Ana Regina Machado
André Vitor Ferreira de Souza
Lírica Salluz Mattos Pereira
Luzmarina Morelo
Thuanne Bárbara C. Rodrigues

(Autores)



Belo Horizonte
2022

Governador

Romeu Zema Neto

Secretário de Estado de Saúde

Fábio Baccheretti Vitor

Secretário de Estado Adjunto de Saúde

André Luiz Moreira dos Anjos

Subsecretária de Políticas e Ações de Saúde

Camila Moreira de Castro

Superintendente de Redes de Atenção à Saúde

Amanda Guias Santos Silva

Diretora de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas

Lírica Salluz Mattos Pereira

Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais**Diretora Geral da ESP-MG**

Mara Guarino Tanure

Superintendente de Educação e Pesquisa da ESP-MG

Paulo Sérgio Mendes César

Coordenação de Política, Planejamento e Gestão em Saúde

Lucas Rodrigues Albionti de Castro

Produção ASCOM/ESP-MG

Jean Alves de Souza

Assessor de Comunicação Social

Jacqueline Castro

Diagramação/ Design Gráfico

Organização e revisão

Ana Regina Machado

Colaboradores:

Adriana Aparecida Faria Neves Martins, Alcina Mendes Brito, Ana Paula Facury, Brunno Ferreira Gomes, Cristina Guzman Siacara, Catherine Ferreira da Silva, Daniela Lopes Leal, Dhebora Gabrielle Bastos Silva, Dominick Danielle Mendonça Santos, Franciellen Simões Luiza Campos, Felipe Souza Leopoldino, Isabelle de Jesus Freitas, Luana dos Santos Nascimento, Magda Lúcia Diniz Silva Rocha, Marcela Ribeiro, Moema Pereira Guerra, Taynara Fátima Silva de Paula.

M663g Minas Gerais. Escola de Saúde Pública.
Guia para o trabalho nas redes de atenção psicossocial em Minas Gerais: diretrizes e orientações. /
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2022.

91 p.

Inclui referências bibliográficas.

ISBN: 978-65-89122-18-0

1. Rede de Atenção Psicossocial. 2. Saúde Mental. 3. Política de Saúde Mental. 4. Sistemas de Apoio Psicossocial. 5. Serviços de Saúde Mental. I. Título.

WM 30

SUMÁRIO

Sobre o artista e suas imagens	4
Lista de Siglas	5
Apresentação	7
1. Considerações iniciais	9
2. A Política de Saúde Mental no Brasil	11
2.1 A construção da política de saúde mental do Brasil	11
2.2 A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	14
3. A Política de Saúde Mental do Estado de Minas Gerais	21
3.1 A construção da política de saúde mental em Minas Gerais	21
3.2 A política de saúde mental do Estado de Minas Gerais	22
3.3 A Rede de Atenção Psicossocial em Minas Gerais	23
4. A RAPS: Atribuições da gestão	33
4.1 Gestão Nacional da RAPS	33
4.2 Gestão Estadual da RAPS	35
4.3 Gestão Municipal da RAPS	46
5. A RAPS: A Atenção em Saúde Mental	49
5.1 Atenção Psicossocial	49
5.2 Processos de sofrimento/adoecimento/saúde mental	50
5.3 Cuidado, cidadania e autonomia	51
5.4 “Conceitos-Ferramenta” do Cuidado na RAPS	55
5.5 Pontos de atenção da RAPS e suas atribuições	62
5.6 Fluxos do cuidado na RAPS	75
5.7 Sistemas de Apoio e logísticos da RAPS	76
6. Considerações finais	79
Referências	80
ANEXO 1 - Gestão Estadual da RAPS	84

SOBRE O ARTISTA E SUAS IMAGENS

Brunno Ferreira Gomes reside em Governador Valadares/MG. É um artista reconhecido por suas pinturas e desenhos. Parte de sua obra está em exposição nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial do município. Um de seus quadros foi usado no cartaz do dia da Luta Antimanicomial no ano de 2014. Brunno generosamente autorizou o uso das imagens de seus quadros neste Guia.

LISTA DE SIGLAS

APS - Atenção Primária à Saúde	PPAG - Plano Plurianual de Ação Governamental
BPC - Benefício de Prestação Continuada	PESMAD - Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial	PPI - Programação Pactuada Integrada
CAPS i - Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil	PTS - Projeto Terapêutico Singular
CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas	PVC - Programa de Volta para Casa
CETAD - Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas	RAAS - Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde
CCC - Centro de Convivência e Cultura	RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
CIB - Comissão Intergestores Bipartite	RT - Referência Técnica
CNES - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde	SAIPS - Sistema de Apoio à Implementação de Políticas de Saúde
COSEMS – Conselho de Secretarias Municipais de Saúde	SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
CRAS - Centro de Referência da Assistência Social	SES - Secretaria de Estado de Saúde
CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social	SIA - Sistema de Informação Ambulatorial
DSMAD - Diretoria de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas	SIAF - Sistema Integrado de Administração Financeira
eCR - Equipe de Consultório de Rua	SIGPlan - Sistema de informações Gerenciais e de Planejamento;
ESP-MG - Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais	SiG-RES - Sistema de Gerenciamento das Resoluções estaduais
GEICOM - Gerenciador de Indicadores, Compromissos e Metas	SIH - Sistema de Informação Hospitalar
MG - Minas Gerais	SRT - Serviço Residencial Terapêutico
MS - Ministério da Saúde	SUBSILS - Subsecretaria de Inovação e Logística em Saúde
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família	SUS - Sistema Único de Saúde
NAPS - Núcleo de Apoio Psicossocial	UA - Unidade de Acolhimento
NJS - Núcleo de Judicialização em Saúde	UAI - Unidade de Acolhimento Infanto-juvenil
OMS - Organização Mundial de Saúde	UAA - Unidade de Acolhimento Adulto
PAI-PJ - Programa de Atenção Integral ao Usuário Judiciário Portador de Sofrimento Mental	UFBA - Universidade Federal da Bahia
	UPA - Unidade de Pronto Atendimento
	URS - Unidade Regional de Saúde



APRESENTAÇÃO



APRESENTAÇÃO

Este Guia apresenta informações e orientações que devem ser consideradas na oferta do cuidado em saúde mental nas Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) em Minas Gerais.

Considerando que a produção do cuidado em rede requer esforços e definições da gestão a nível nacional, estadual e municipal, este Guia apresenta as principais diretrizes e normativas nacionais e estaduais que devem orientar a implantação, organização e gestão da atenção em saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS).

Considerando também que a produção do cuidado em rede requer esforços de trabalhadores, gerentes de serviços e gestores de redes locais, este Guia apresenta princípios e conceitos-ferramenta que devem orientar as práticas nos diferentes pontos de atenção que compõem a RAPS.

Este Guia, produzido pela Diretoria de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, destina-se, portanto, a gestores e trabalhadores das RAPS. Busca contribuir para o fortalecimento das redes e para a produção do cuidado nos diferentes municípios mineiros. Busca afirmar a necessidade de sempre considerar as singularidades e a complexidade dos processos de sofrimento e adoecimento, bem como os direitos humanos e a cidadania das pessoas com sofrimento mental ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas.



1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Nos últimos 30 anos, a assistência em saúde mental no Brasil passou por várias transformações. Redes de saúde mental foram implementadas no SUS desde o início da década de 90 buscando tornar desnecessários hospitais e manicômios existentes desde a segunda metade do século XIX e predominantes, no campo da assistência, até o fim do século XX.

Tais transformações são parte de um processo maior, conhecido como Reforma Psiquiátrica Brasileira, que envolve trabalhadores, usuários, familiares, movimentos sociais, controle social, gestores e pesquisadores que buscam sustentar lugares sociais diferentes da exclusão, do confinamento e da segregação para as pessoas com sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Com a Reforma, passa-se a compreender que essas pessoas podem e devem ser cuidadas e tratadas nos territórios em que vivem.

Sem desconhecer a importância das contribuições dos diferentes sujeitos no processo de transformação da atenção em Saúde Mental, este Guia privilegia as políticas construídas no Brasil e no Estado de Minas Gerais e suas diretrizes para a implementação de redes que possam assegurar o cuidado no território.

Reconhecendo que a rede em saúde mental ultrapassa a organização da oferta de serviços, modos de geri-la e sustentá-la, este Guia apresenta também a concepção de atenção psicossocial que deve fundamentar as diferentes práticas e serviços da RAPS. Tal concepção permite compreender que as redes se constituem a partir de diferentes serviços, mas também a partir de diferentes pessoas, relações, afetos e saberes. Por meio das redes, diferentes funções podem ser realizadas, pode-se acolher crises, cuidar, tratar, reduzir sofrimentos e desamparos e produzir inserções, laços, cidadania e autonomia.

O Guia, ao apresentar aspectos históricos da atenção em saúde mental, as políticas formuladas, as redes implementadas e os princípios e diretrizes que fundamentam as práticas de saúde mental, busca contribuir para contextualizar, dimensionar e orientar as tarefas dos trabalhadores e gestores da RAPS no Sistema Único de Saúde, em Minas Gerais.



2 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

2. A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

2.1 A construção da política de saúde mental do Brasil

Na década de 90, quando o Brasil deu início à implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), iniciava-se também o processo de transformação da assistência em saúde mental. Este processo, sem desconsiderar os princípios do SUS (universalidade, integralidade e igualdade), adotou dois principais direcionamentos:

- A redução gradativa de leitos em hospitais psiquiátricos;
- A construção de redes de atenção em saúde mental nos municípios, com serviços abertos e territorializados.

Várias normativas do Ministério da Saúde foram publicadas entre os anos 1991 e 2015 buscando criar condições para que o número de leitos em hospitais psiquiátricos fosse reduzido e para que a assistência em saúde mental no SUS passasse a ser ofertada em uma

PARA CONHECER MAIS SOBRE AS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL DO BRASIL



» Acesse a Lei 10.216/2001:

Link: [L10216 \(planalto.gov.br\)](http://planalto.gov.br)

» Assista a Aula sobre Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental de Pedro Gabriel Delegado (ESP):

Link: <https://www.youtube.com/watch?v=RxJbPQevyL0&t=411s>

» Consulte o documento: Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil.

Link: [Microsoft Word - Relatório15 anos Caracas.doc \(saude.gov.br\)](http://saude.gov.br)

» Leia o artigo: Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios de Rosana Onocko-Campos.

Link: <https://www.scielo.br/j/csp/a/MxbhKYbPHqP8snJHwsLQ/?lang=pt&format=pdf>

rede de serviços. Além destas normativas, a Lei Federal n. 10.216, publicada em 2001, fundamentou a reorientação do modelo de atenção em saúde mental do Brasil.

2.1.1 A redução de leitos psiquiátricos

Entre 1991 e 2015, muitas estratégias foram adotadas, pelo Ministério da Saúde, para reduzir ou fechar leitos e hospitais psiquiátricos. Os hospitais psiquiátricos constituíram-se historicamente como instituições que não cumpriam função terapêutica, servindo, sobretudo ao silenciamento, segregação e violação de direitos das pessoas com sofrimento mental grave. Prescindir destes serviços passou a ser um norteador da política de saúde mental do Brasil.

Entre as estratégias adotadas para promover a redução de leitos psiquiátricos no Brasil, destacamos:

- Regulamentação e avaliação da assistência hospitalar;
- Descredenciamento de leitos psiquiátricos do SUS que não atendessem aos critérios mínimos de qualidade;
- Redução do financiamento da atenção hospitalar e reorientação dos recursos para atenção extra-hospitalar;
- Aumento do valor na tabela de procedimentos do SUS para leitos de curta duração e para hospitais de porte menor.

Em 1991, o Brasil contava com aproximadamente 90.000 leitos psiquiátricos e em 2014, o Brasil contava com 25.988 (ALVES, 1994; BRASIL, 2015). Uma redução relevante que, para não gerar desassistência, exigiu a criação de uma rede substitutiva de serviços no SUS.

2.1.2 A criação de redes e serviços de saúde mental

A partir de 1992, o Ministério da Saúde começou a publicar portarias que permitiram a criação e o financiamento de serviços extra-hospitalares de saúde mental. O quadro seguinte apresenta as principais portarias publicadas até o ano de 2010 que deram início à implementação de redes de saúde mental em todo o País.

QUADRO 1: Portarias do Ministério da Saúde referentes à criação de serviços de saúde mental, entre os anos 1992 e 2010, no Brasil

PORTARIA / ANO	SERVIÇOS PROPOSTOS
224/1992	Hospital dia, Núcleo de Apoio Psicossocial (NAPS)/ Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), oficinas terapêuticas
106/2000	Serviço Residencial Terapêutico
336/2002	Centro de Atenção Psicossocial I, II, III; Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil; Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas.
2197/2004	Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas usuárias de crack, álcool e outras drogas

Fonte: elaborado pelos autores

Além destes serviços, alguns programas e políticas foram formulados pelo Ministério da Saúde para responder às necessidades de atenção que foram se apresentado no SUS, dentre eles destacamos:

- Programa de Volta para Casa (2003): criação do auxílio-reabilitação psicossocial para desinstitucionalização de pessoas que passaram por longas internações em hospitais psiquiátricos. Link: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.708.htm
- Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (2003): O documento considera a complexidade que envolve a presença das drogas nas sociedades contemporâneas. Propõe a criação de redes de atenção setoriais e intersetoriais para a atenção a usuários de drogas e a adoção de um modo de atenção orientado pela Redução de Danos e pela Atenção Psicossocial. Problematisa a adoção da abstinência como finalidade exclusiva das ações de saúde. Link: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf
- Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil (2005): Proposição de caminhos para formulação de uma política voltada para crianças e adolescentes que considere suas peculiaridades e necessidades e que possibilite um desenvolvimento saudável para os cidadãos nesse período especial de suas vidas. Discute a importância da educação, proteção social, inclusão, promoção e garantia de direitos da criança, do adolescente e da família. Propõe a constituição de uma rede ampliada de atenção em saúde mental para a criança e o adolescente, pautada na intersetorialidade e na co-responsabilidade. Link: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/05_0887_M.pdf

2.2 A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

No ano de 2011, diante da necessidade de ampliação da atenção às pessoas com sofrimento mental grave e/ou com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, o Ministério da Saúde propôs a implementação de Redes de Atenção Psicossocial (RAPS). Considerada uma das redes prioritárias do SUS, a RAPS recebeu um aporte financeiro importante que permitiu a ampliação dos serviços substitutivos em todo o país.

A RAPS, conforme definição da Portaria 3088/2011, apresenta os seguintes componentes:

QUADRO 2: Componentes da RAPS e seus respectivos pontos de atenção definidos na Portaria MS 3088/2011.

COMPONENTE	PONTOS DE ATENÇÃO
Atenção básica em saúde	Unidade Básica de Saúde; Equipe de atenção básica para populações específicas (Equipe de Consultório na Rua e Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório); Centros de Convivência.
Atenção psicossocial especializada	Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades.
Atenção de urgência e emergência	SAMU 192; Sala de Estabilização; UPA 24 horas; Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; Unidades Básicas de Saúde, entre outros.
Atenção residencial de caráter transitório	Unidade de Acolhimento Adulto e Infantojuvenil
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
Reabilitação psicossocial.	Iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais.

É importante ressaltar que foram definidos critérios populacionais para a implementação de redes. Portanto, nem todo município poderá contar com todos os serviços previstos na portaria. As pactuações entre municípios devem ocorrer em Comissão Intergestora Bipartite (CIB), instância deliberativa do SUS e podem viabilizar a implementação de serviços e redes regionais.

QUADRO 3: Pontos de atenção da RAPS, principais atribuições e população necessária para habilitação do serviço no Ministério da Saúde, segundo a Portaria 3088/2011 e outras publicadas em 2012.

PONTOS DA RAPS	ATRIBUIÇÕES	CRITÉRIO POPULACIONAL	ABRANGÊNCIA
Unidade Básica de Saúde	No campo da saúde mental, desenvolver ações de promoção de saúde mental, de prevenção e de cuidado às pessoas com transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Ações compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede.	Não há população mínima definida.	Municipal
Centros de Convivência	Desenvolver ações de produção de sociabilidade, inclusão social, de experimentações artísticas e culturais e de promoção de inserções na cidade.	Não há critério populacional.	Municipal
Equipe de Consultório de Rua	Atuar de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde.	Uma equipe a cada 80 a 1000 pessoas em situação de rua	Municipal
CAPS I	Ofertar atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias, inclusive em situações de crise.	População acima de 15.000 habitantes*	Municipal/ regional
CAPS II	Ofertar atenção a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias, inclusive em situações de crise.	População acima de 70.000 habitantes	Municipal/ regional
CAPS III	Ofertar atenção a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, inclusive em situações de crise. Funciona 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, oferta retaguarda clínica e acolhimento noturno.	Acima de 200.000 habitantes	Municipal/ regional
CAPS AD II	Atender adultos ou crianças e adolescentes com necessidades de cuidados decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, inclusive em situações de crise.	Acima de 70.000 habitantes	Municipal/ regional

PONTOS DA RAPS	ATRIBUIÇÕES	CRITÉRIO POPULACIONAL	ABRANGÊNCIA
CAPS AD III	Atender adultos ou crianças e adolescentes, com necessidades de cuidados contínuos decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, inclusive em situações de crise. Funciona 24 horas, incluindo feriados e finais de semana.	Acima de 150.000 habitantes*	Municipal/ regional
CAPS i	Atender crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, inclusive em situações de crise.	Acima de 150.000 habitantes	Municipal/ regional
Unidade de Acolhimento Adulto	Oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento 24 horas, em ambiente residencial, para pessoas adultas com necessidades 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.	200.000 habitantes	Municipal/ regional
Unidade de Acolhimento infante juvenil	Oferecer cuidados contínuos de saúde, com funcionamento 24 horas, em ambiente residencial, a adolescentes 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.	100.000 habitantes	Municipal/ regional
Serviço Residencial Terapêutico	Proporcionar moradia às pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos) em hospitais psiquiátricos ou de custódia.	Não há critério populacional.	Municipal/ regional
Leitos de Saúde Mental em hospitais gerais	Oferecer tratamento hospitalar para situações graves vivenciadas por pessoas com transtornos mentais e/ou em uso de álcool, crack e outras drogas, especialmente abstinências e intoxicações severas.	1 leito para cada 23.000 habitantes	Municipal/ regional

**Parâmetros populacionais atualizados pela Portaria de Consolidação n. 3 de 2017.*

Além destes pontos de atenção, a RAPS também criou o Programa de Desinstitucionalização. Este programa integra o componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), é constituído por iniciativas que visam garantir às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado inte-

gral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos, da promoção de autonomia e do exercício de cidadania, buscando-se a progressiva inclusão social.

É importante afirmar que a atenção em saúde mental deve ser feita a partir da articulação de redes que deve sempre considerar e se organizar em torno das necessidades clínicas e psicossociais das pessoas com sofrimento mental ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas.

As redes podem ser constituídas por serviços de saúde listados nos QUADROS 2 e 3, por serviços de outros setores (assistência social, cultura, educação, habitação etc.) e por recursos dos territórios, das cidades, (centros comunitários, associações etc.). As redes podem se organizar a partir de diferentes tarefas, dentre elas, destacamos: atenção às crises, cuidado em saúde, promoção de cidadania, de inclusão social, de autonomia, de apoio social e de convivência.

É importante destacar que os serviços da rede devem se orientar pelo modo de atenção psicossocial que tem como diretrizes:

- Ampliação do acesso aos serviços de saúde;
- Atenção humanizada e centrada na necessidade das pessoas;
- Oferta de cuidado no território;
- Diversificação das estratégias de cuidado;
- Articulação de ações intersetoriais;
- Respeito aos direitos humanos;
- Promoção da autonomia e da liberdade;
- Combate a estigmas e preconceitos;
- Inclusão social;
- Cidadania;
- Redução de danos.

PARA CONHECER O PROGRAMA DEDESINSTITUCIONALIZAÇÃO DA RAPS, ACESSE:



Link: L10216 https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2840_29_12_2014.html

PARA CONHECER A PORTARIA DA RAPS, ACESSE:

Link: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

PARA CONHECER OS CRITÉRIOS PARA ABERTURA DE SERVIÇOS, AS EQUIPES NECESSÁRIAS, O FINANCIAMENTO PREVISTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E OUTRAS INFORMAÇÕES SOBRE OS PONTOS DE ATENÇÃO DA RAPS, CONSULTE TAMBÉM AS PORTARIAS:



- » Consultórios na RUA: Portarias MS nº 122 e nº 123, de 25 de janeiro de 2012.
- » Caps AD III: Portaria MS nº 130, de 26 de janeiro de 2012.
- » Leitos de Saúde Mental em hospitais gerais: Portaria MS nº 148, de 31 de janeiro de 2012.
- » Unidades de Acolhimento: Portaria MS nº 121, de 25 de janeiro de 2012.
- » Rede de Atenção Psicossocial: Portaria de Consolidação n. 3 de 2017 e Portaria MS nº 3588 de 2017.

Para conhecer as práticas que devem ser ofertadas, bem como as funções da RAPS, consulte o item 5 deste Guia.

A ampliação da rede de serviços territorializados, conforme previsto na Política de Saúde Mental adotada até o ano de 2016, ocorreu e pode ser verificada a partir de diferentes informações. Em 2015, quando foi publicado o último informativo sobre os serviços de Saúde Mental, o Brasil contava com 2.209 CAPS de diferentes modalidades, 289 Serviços Residenciais Terapêuticos com 2031 moradores, 4349 beneficiários do Programa de Volta para Casa, 34 Unidades de Acolhimento, 888 leitos de saúde mental em hospitais gerais, 1008 iniciativas de geração trabalho e renda (BRASIL, 2015). No ano de 2021, uma atualização destes números foi publicada no Painel Desinstitute.

PARA OBTER MAIS INFORMAÇÕES SOBRE A RAPS NO BRASIL, CONSULTE:



- » Saúde Mental em Dados (2015):

Link: <https://drive.google.com/file/d/1EQLh9aeG2AQBbmda99-wujdHjwxAh30d/view>

- » Painel Desinstitute (2021):

Link: <https://drive.google.com/file/d/1VBM6qPcPuWsVCSsfBifh6v0QellN36r/view>

A partir do ano de 2016, o Ministério da Saúde estabelece novos serviços para a RAPS, dentre eles: o Caps AD IV, Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental / Unidades Ambulatoriais Especializadas; Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral; Hospital Psiquiátrico Especializado; Hospital dia. A proposta de criação de serviços tem provocado grandes debates e resistências de trabalhadores, de movimentos sociais, de alguns gestores e de alguns setores acadêmicos. Há a compreensão de que a proposição destes serviços compõe uma proposta de reformulação da política de saúde mental do Brasil adotada até 2015, ao privilegiar os serviços fundamentados exclusivamente em saberes especializados e a internação.

PARA CONHECER AS MUDANÇAS PROPOSTAS PARA A RAPS E PARA A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL:



» Consulte a Portaria 3588/2017

Link: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html

» Leia o artigo: Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019.66

Link: <https://www.scielo.br/j/tes/a/j6rLVysBzMQYyFz6hgQqBH/?lang=pt#>



3 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DO ESTADO DE MINAS GERAIS

3. A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DO ESTADO DE MINAS GERAIS

3.1 A construção da política de saúde mental em Minas Gerais

O estado de Minas Gerais sempre esteve presente na discussão, condução e implementação da política de saúde mental e dos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. Gestores, trabalhadores, movimentos sociais contribuíram para transformar a realidade da assistência em saúde mental e para fazer avançar a reforma psiquiátrica no estado e no país.

A história da assistência em saúde mental em Minas Gerais, no entanto, foi marcada pela presença de grandes hospitais psiquiátricos públicos e privados, reconhecidos como espaços de exclusão, de segregação, de violação dos direitos humanos. No fim dos anos 50, os hospitais estavam superlotados e produziam graves violações de direitos humanos (MINAS GERAIS, 2006).

No Hospital Colônia de Barbacena, entre os anos de 1903 e 1980, morreram cerca de 60.000 pessoas. As denúncias feitas sobre o que se passava neste hospital foram veiculadas em diferentes meios e fomentaram o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira. Pela importância que tiveram neste processo, destacamos alguns destes meios: o documentário “Em nome da razão” de Helvécio Ratton, produzido em 1979; a série de reportagens “Nos porões da loucura” produzida pelo jornalista Hiram Firmino também em 1979; a realização do III Congresso Mineiro de Psiquiatria em Belo Horizonte, em 1979, que contaram com a presença de Robert Castel e Franco Basaglia que foram ao Hospital Colônia de Barbacena e fizeram denúncias na mídia sobre o que haviam presenciado. Eles compararam os hospitais a campos de concentração (MINAS GERAIS, 2006). Os horrores denunciados exigiam mudanças.

A partir dos anos de 1980, o governo do estado deu início a um processo de humanização da assistência, implantou o Projeto de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Pública, em 1982, e incluiu equipes de saúde mental na atenção básica por meio do programa de saúde mental da Secretaria de Estado de Saúde (MINAS GERAIS, 2006).

A partir da década de 90, a política de saúde mental do Estado de Minas Gerais, em consonância com as normativas do Ministério da Saúde e com as Leis Federal (nº 10.216/2001) e Estadual de Reforma Psiquiátrica (nº 11802/1995), tem fomentado a implantação de redes de atenção e a redução gradativa de leitos em hospitais psiquiátricos no SUS nos vários municípios mineiros.

Muitas transformações importantes foram realizadas na atenção em saúde mental em Minas Gerais. Em 2006, o estado contava com 3.046 leitos psiquiátricos e 21 hospitais psiquiátricos. Em 2014, com 1798 leitos psiquiátricos e 13 hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2006; 2015)

O processo de redução do número de leitos e de hospitais psiquiátricos foi acompanhado por um aumento de serviços abertos de base comunitária. Até o momento, o estado de Minas Gerais, dispõe de serviços habilitados pelo Ministério e em funcionamento, sendo eles: 195 CAPS I, 66 CAPS II, 20 CAPS III, 41 CAPS AD, 25 CAPS AD III, 2 CAPS AD IV, 47 CAPS i, 549 leitos de saúde mental em hospital geral, 134 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), 11 Unidades de Acolhimento (UA) e 18 Equipes de Consultório de RUA e 44 Centros de Convivência. Além disso, todos os 853 municípios do Estado de Minas Gerais dispõem de equipes da Atenção Primária à Saúde que podem realizar o cuidado em saúde mental.

**PARA CONHECER A
ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA
REALIZADO EM MINAS GERAIS
ATÉ A DÉCADA DE 80:**



» Assista os documentários “Em nome da razão” (<https://www.youtube.com/watch?v=cvjyjwl4G9c&t=236s0>) e Holocausto Brasileiro (<https://www.youtube.com/watch?v=139n1x24ILU>).

» Leia os livros “Nos porões da Loucura” de Hiram Firmino e “Holocausto Brasileiro” de Daniela Arbex.

3.2 A política de saúde mental do Estado de Minas Gerais

Em 2016, foi publicada a Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (PES-MAD), instituída pela Resolução SES/MG Nº 5.461, de 19 de outubro de 2016, aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e pelo Conselho Estadual de Saúde. Essa política preconiza que o cuidado em saúde mental, inclusive os atendimentos às crises, deve ocorrer nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A PESMAD tem como diretrizes:

- Apoiar a oferta de cuidado em saúde mental nos serviços da rede, considerando a autonomia e participação dos usuários;
- Reduzir os vazios assistenciais em saúde mental, ampliando a oferta de serviços da RAPS no estado de Minas Gerais;
- Suprir a necessidade emergencial de fomentar leitos de saúde mental em hospitais gerais, contribuindo para a fortalecimento e qualificação da atenção em saúde mental;
- Fortalecer as atribuições e competências dos pontos de atenção nos territórios;
- Qualificar a assistência ofertada, através de ações de educação permanente com os profissionais de saúde e da rede intersetorial;
- Prover recurso estadual aos serviços da RAPS, visando seu fortalecimento;
- Contribuir para que o usuário tenha acesso a serviços e informações qualificadas;
- Fomentar ações de educação permanente visando a qualificação da assistência ofertada aos usuários.

PARA CONHECER MAIS SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DE MINAS GERAIS:



» Acesse a Lei Estadual de Reforma Psiquiátrica n. 11802/1995:

Link: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Lei_11802.pdf

» Consulte o artigo: A política de saúde mental mineira: rumo à consolidação de Maria Stella Brandão Goulart.

Link: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v8nspe/04.pdf>

» Consulte a Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Resolução SES/MG Nº 5.461, de 19 de outubro de 2016.

Link: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLU%C3%87%C3%83O_5461.pdf

3.3 A Rede de Atenção Psicossocial em Minas Gerais

De acordo com a Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, o cuidado às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e/ou com necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas deve ser realizado nos serviços da Rede de Aten-

ção Psicossocial (RAPS), do Sistema Único de Saúde (SUS) que são referências do/ para o município.

A Diretoria de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (DSMAD/SES-MG) busca consolidar redes de atenção em saúde mental resolutivas, abertas, territorializadas e de base comunitária. A proposta é garantir às pessoas com sofrimento mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas a livre circulação pelos serviços, pela comunidade e pelos territórios, seguindo as legislações vigentes.

A estruturação de redes de atenção surge como uma solução abrangente no que se refere tanto à gestão, quanto à organização dos processos de trabalho dos profissionais da saúde mental. A rede possibilita a integração e articulação de serviços e recursos que podem favorecer e ofertar atenção contínua e integral aos usuários.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), conforme já foi afirmado, dispõe de pontos de atenção com atribuições e competências específicas, que devem articular o cuidado em saúde a partir das situações clínicas, das necessidades e demandas dos usuários, sempre respeitando as singularidades. A proposta de atenção dos pontos da RAPS, suas atribuições e práticas são apresentadas no item 5 deste Guia.

A RAPS de Minas Gerais deve se constituir a partir das normativas e proposições definidas em âmbito nacional.

A DSMAD/SES-MG tem viabilizado o financiamento de serviços e de práticas que servem à ampliação e à qualificação da atenção psicossocial e que não são financiados pelo Ministério da Saúde. Dentre eles, destacamos:

- **Financiamento dos leitos de saúde mental em hospitais gerais**, por meio da inclusão do Hospital de Apoio à RAPS na Política Hospitalar Valora Minas. Considera os seguintes critérios, coerentes com a realidade dos municípios mineiros: necessidade de leitos para assistir pessoas com sofrimento ou transtorno mental e em uso prejudicial de álcool e outras drogas; a existência de um CAPS de referência no município ou na microrregião, a proporção de 1 leito de saúde mental para cada 23 mil habitantes, dentre outros conforme Resolução SES MG 7412 de fevereiro de 2021 (<https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLU%C3%87%C3%83O%207412%20-%20CIB.pdf>) e Resolução SES MG 7728 de setembro de 2021 (<https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLU%C3%87%C3%83O%20SES%207728%20-%20CIB.pdf>); Resolução SES/MG Nº 7.225, de 16 de setembro de 2020 (https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RSOLU%C3%87%C3%83O%20SES_7225.pdf)

- Financiamento de centros de convivência, por meio do repasse anual do estado de R\$120.000,00 por serviço. Cria condições para a manutenção de espaços de socialização, troca e lazer de usuários da RAPS e comunidade, conforme Deliberação 3.767 de 22 de março de 2022;

- Financiamento de supervisões clínico-institucionais para CAPS com o objetivo de dar apoio clínico e institucional às equipes dos CAPS. A Resolução SES MG n.7168 de 2020 estabeleceu as regras de adesão, execução, acompanhamento, controle e avaliação para a realização de supervisão clínico-institucional e o repasse deste recurso em caráter extraordinário.

PARA CONHECER AS DIRETRIZES DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE MG, CONSULTE:



» Deliberação CIB-SUS/MG Nº 3.767, de 22 de março de 2022.

Link: [DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº _____, DE ____ DE _____ DE 2011 \(saude.mg.gov.br\)](http://saude.mg.gov.br)

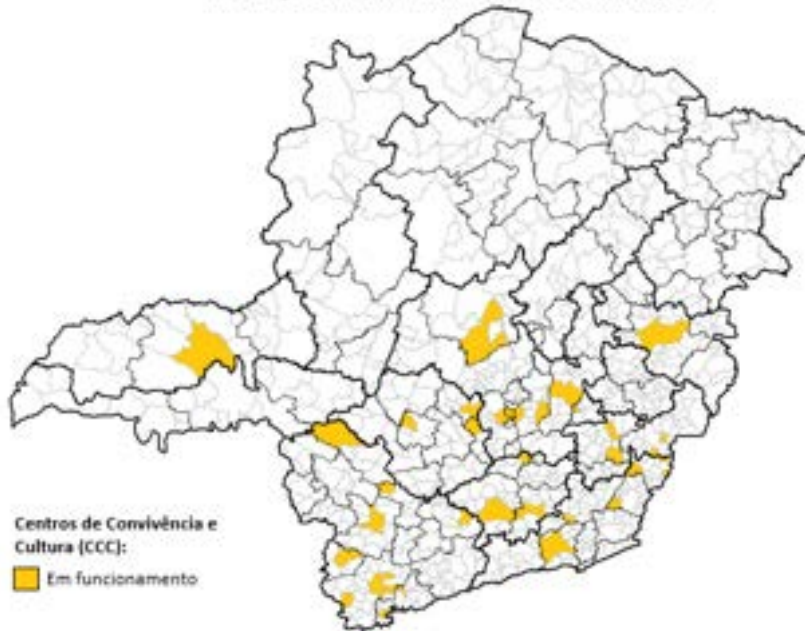
No início do ano de 2022, as RAPS de Minas Gerais contavam com 1.150 serviços. Os mapas a seguir apresentam o quantitativo e a distribuição destes serviços no Estado:



Fonte: e-Gestor Atenção Básica (DEZ/ 2020).

Centro de Convivência e Cultura (CCC)

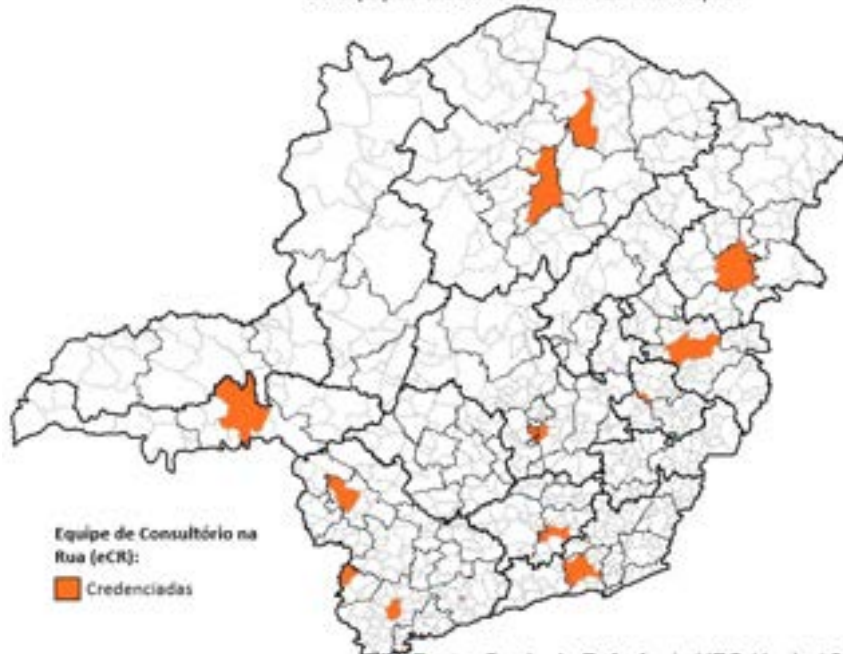
44 Serviços em funcionamento em 36 municípios



Fonte: Grade de Referência URS (Junho/ 2022).

Equipe de Consultórios na Rua (eCR)

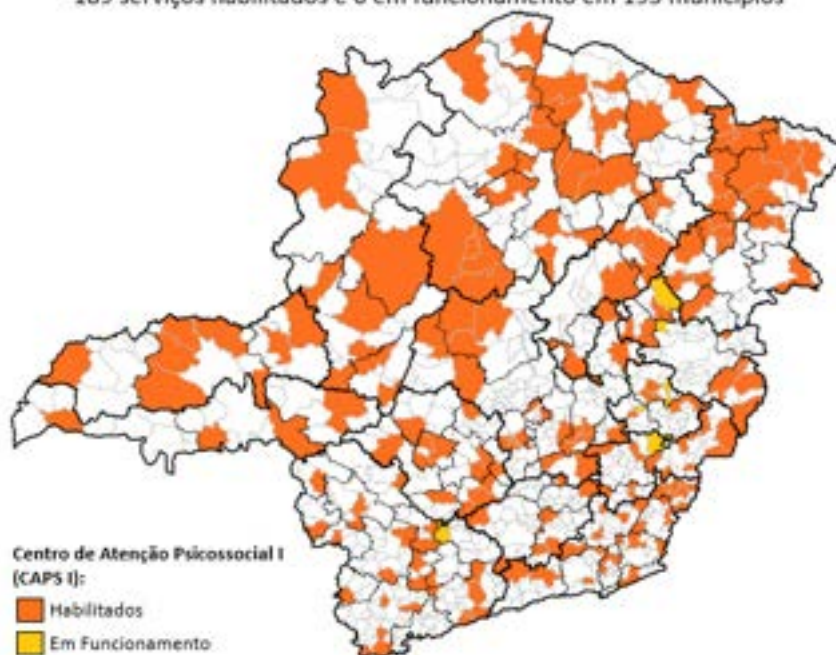
18 equipes credenciadas em 15 municípios



Fonte: Grade de Referência URS (Junho/ 2022).

Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I)

189 serviços habilitados e 6 em funcionamento em 195 municípios



Fonte: Grade de Referência URS (Junho/ 2022).

Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II)

64 serviços habilitados e 2 em funcionamento em 63 municípios



Fonte: Grade de Referência URS (Junho/ 2022).

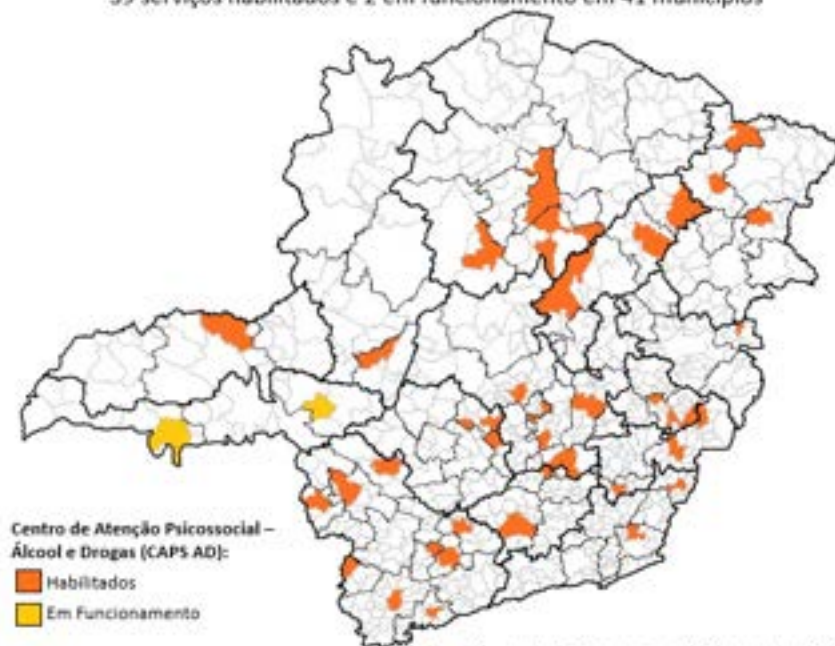
Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III)

20 serviços habilitados em 10 municípios



Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS AD)

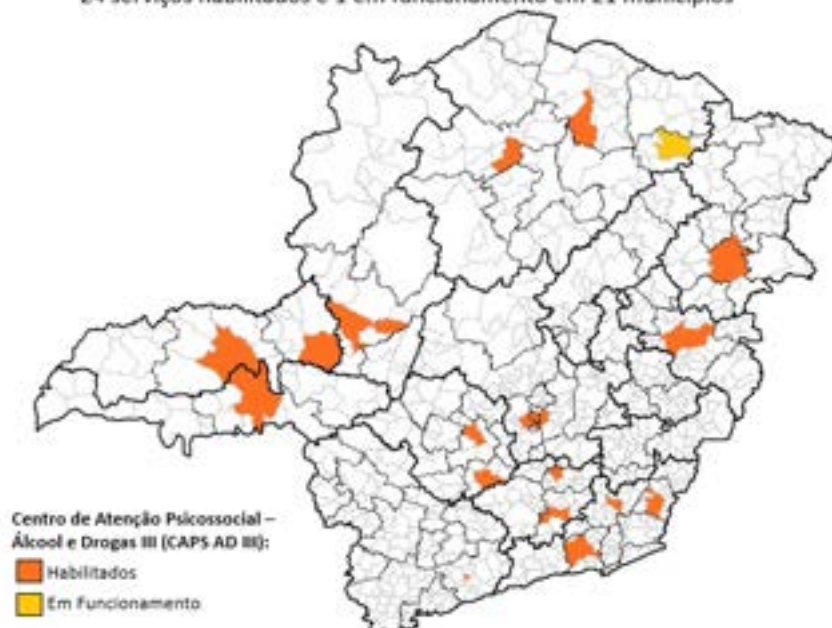
39 serviços habilitados e 2 em funcionamento em 41 municípios



Fonte: Grade de Referência URS (Junho/ 2022).

Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas III (CAPS AD III)

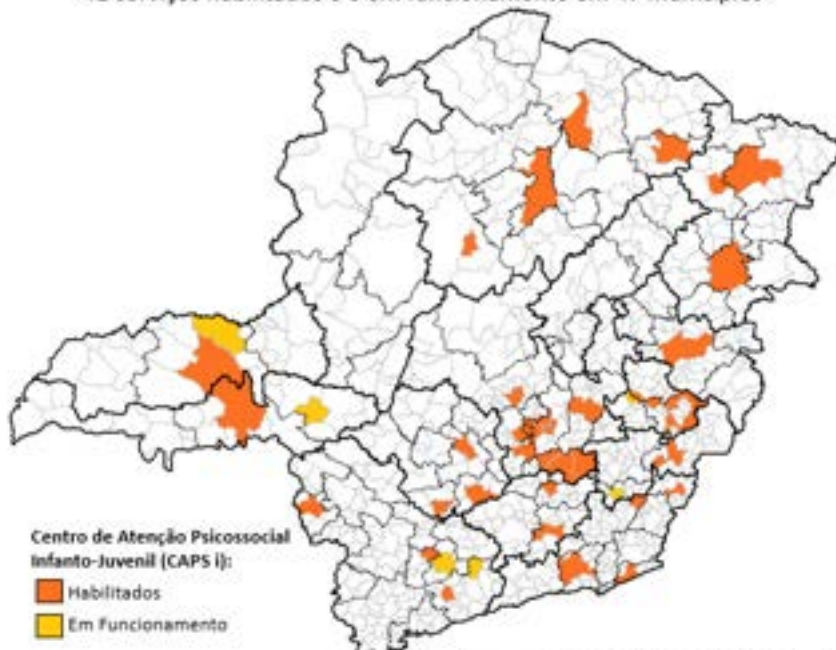
24 serviços habilitados e 1 em funcionamento em 21 municípios



Fonte: Grade de Referência URS (Junho/ 2022).

Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPS i)

41 serviços habilitados e 6 em funcionamento em 47 municípios

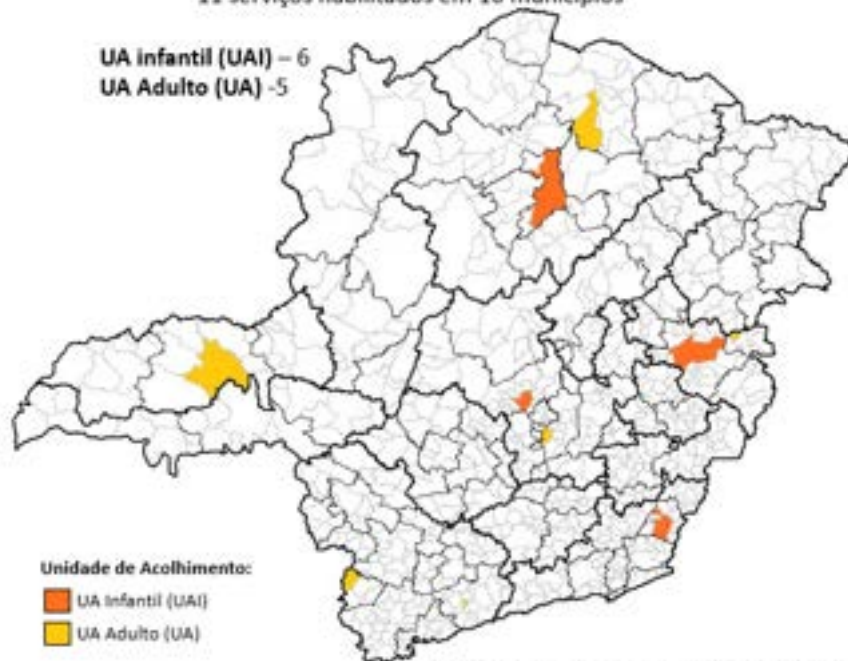


Fonte: Grade de Referência URS (Junho/ 2022).

Unidade de Acolhimento

11 serviços habilitados em 10 municípios

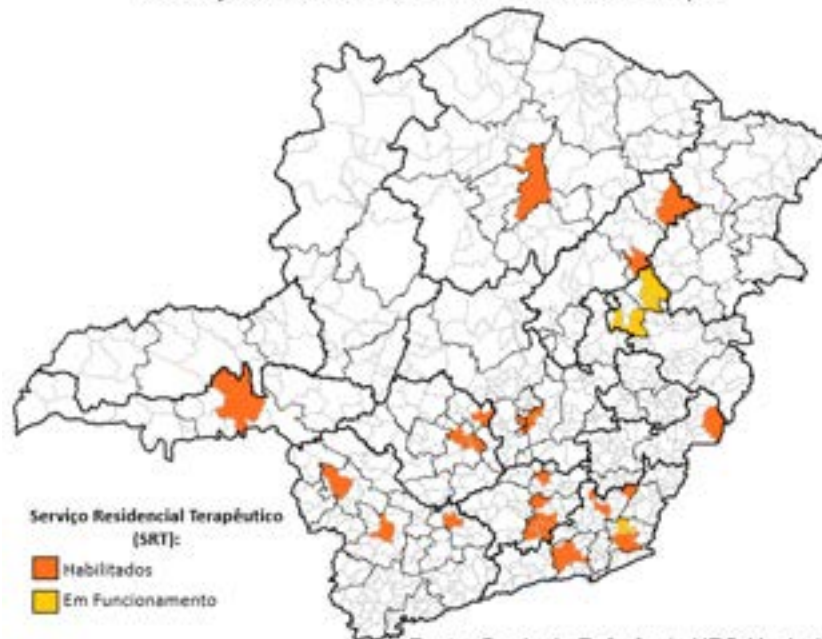
UA infantil (UAI) – 6
UA Adulto (UA) -5



Fonte: Grade de Referência URS (Junho/ 2022).

Serviço Residencial Terapêutico (SRT)

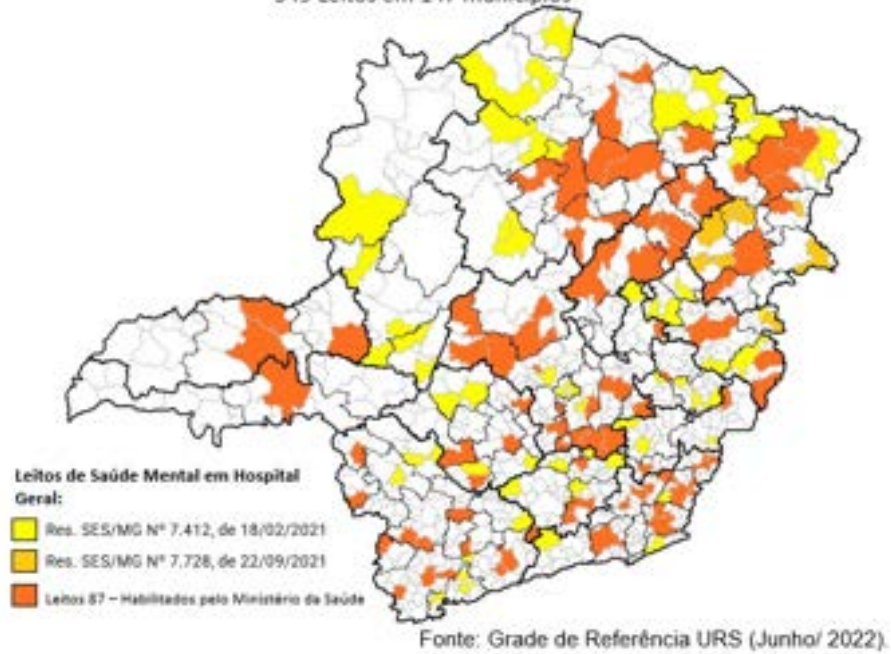
125 serviços habilitados e 9 em funcionamento em 31 municípios



Fonte: Grade de Referência URS (Junho/ 2022).

Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral

549 Leitos em 147 municípios





4 A RAPS: ATRIBUIÇÕES DA GESTÃO

4. A RAPS: ATRIBUIÇÕES DA GESTÃO

A gestão da RAPS, assim como de todo o SUS, envolve definições, atribuições e tarefas dos três entes federados: união, estados e municípios.

A seguir, apresentamos as principais atribuições dos gestão da RAPS nos âmbitos nacional, estadual e municipal.

4.1 Gestão Nacional da RAPS

O Ministério da Saúde, gestor nacional da política de Saúde Mental, deve sempre considerar a legislação do SUS e também a Lei Federal nº 10.216 de 06 de abril de 2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica) na proposição do modelo de atenção e na criação e financiamento de serviços de saúde mental.

O Ministério da Saúde define as normas para funcionamento e habilitação dos serviços da RAPS, determina o financiamento, habilita os serviços e repassa recursos. A habilitação é solicitada pelo município via sistema de informação oficial do MS, cabendo à gestão estadual avaliar, apoiar as pactuações, discutir e realizar orientações aos municípios para a atualização do Plano de Ação da RAPS. A habilitação dos serviços pelo Ministério da Saúde é feita por meio da publicação de portarias. Apenas após a habilitação, é que os municípios passam a receber recursos mensais do governo federal para custeio dos serviços. O Ministério realiza o repasse de incentivo para a implementação e para custeio de serviços da seguinte forma:

Quadro 4: Valores de incentivo de implantação e custeio dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial

TIPO	INCENTIVO DE IMPLANTAÇÃO	PORTARIA DE INCENTIVO	CUSTEIO MENSAL	PORTARIA DE CUSTEIO
CAPS I	R\$ 20.000,00	PT 245, de 17 de Fevereiro de 2005	R\$ 28.305,00	PT 3089, de 23 de dezembro de 2011
CAPS II	R\$ 30.000,00		R\$ 33.086,25	
CAPS III	R\$ 50.000,00		R\$ 84.134,00	PT 1966, de 10 de setembro de 2013
CAPSi	R\$ 30.000,00		R\$ 32.130,00	PT 3089, de 23 de dezembro de 2011
CAPSad	R\$ 50.000,00		R\$ 39.780,00	
CAPSad III NOVO	R\$ 150.000,00	PT 130, de 26 de janeiro de 2012	R\$ 105.000,00	PT 1966, de 10 de setembro de 2013
CAPSad III QUALIFICADO	R\$ 75.000,00			
CAPS AD IV	R\$200.000,00	PT 3.588, de 21 de dezembro de 2017	R\$ 400.000,00	PT 3.588, de 21 de dezembro de 2017
Unidade de Acolhimento Adulto	R\$ 70.000,00	PT 121, de 25 de janeiro de 2012	R\$ 25.000,00	PT 121, de 25 de janeiro de 2012
Unidade de Acolhimento Infante-Juvenil	R\$ 70.000,00		R\$ 30.000,00	
Leitos de saúde mental em hospital geral – Serviço de Referência Hospitalar	R\$ 4.000,00	PT 148, de 31 de janeiro de 2012 alterada pela Portaria nº 1.615, 26/07/2012	R\$ 67.321,32 (Anual)	PT 148, de 31 de janeiro de 2012
			R\$ 5.610,11 (Mensal)	
SRT I	R\$ 20.000,00	PT 3090, de 23 de dezembro de 2011	R\$ 10.000,00 (8 moradores)	PT 3090, de 23 de dezembro de 2011
SRT II	R\$ 20.000,00		R\$ 20.000,00 (10 moradores)	
Equipes Multiprofissionais em Saúde Mental (EMAESM) Tipo I	Não há incentivo para implantação	-	R\$ 12.000,00	PT 3.588, de 21 de dezembro de 2017
Equipes Multiprofissionais em Saúde Mental (EMAESM) Tipo II	Não há incentivo para implantação	-	R\$ 21.000,00	PT 3.588, de 21 de dezembro de 2017

TIPO	INCENTIVO DE IMPLANTAÇÃO	PORTARIA DE INCENTIVO	CUSTEIO MENSAL	PORTARIA DE CUSTEIO
Equipes Multiprofissionais em Saúde Mental (EMAESM) Tipo III	Não há incentivo para implantação	-	R\$30.000,00	PT 3.588, de 21 de dezembro de 2017

PARA SABER MAIS SOBRE AS NORMATIVAS RELACIONADAS À FINANCIAMENTO, CONSULTE:



» a Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017.

Cabe ressaltar que o Estado cofinancia alguns serviços de saúde mental e financia centros de convivência, conforme descrito no subitem seguinte (4.2).

4.2 Gestão Estadual da RAPS

A PESMAD prevê a implantação e ampliação da RAPS em todo território mineiro, levando em consideração as realidades e necessidades dos municípios, microrregiões e macrorregiões. O Estado tem avançado na implantação dos serviços sempre considerando a otimização de recursos, a qualificação da assistência, o fortalecimento do cuidado em rede e a manutenção de vínculo entre usuários, familiares e comunidade.

A gestão da política de Saúde Mental do Estado reconhece a importância de articular o cuidado com outros serviços de saúde e também com outros setores, como assistência social, direitos humanos, educação, entre outros.

A gestão estadual tem cofinanciado alguns serviços da RAPS, por meio do repasse anual aos municípios de 40% do valor repassado pelo Ministério da Saúde. O Estado pode também repassar recursos para custeio de leitos de saúde mental em hospital geral no mesmo valor repassado pelo MS. Além disso, a gestão estadual pode repassar anualmente R\$120.000,00 para cada Centro de Convivência em funcionamento. É importante lembrar que este serviço não conta com financiamento federal.

Os municípios com população acima de 5.000 habitantes podem obter financiamento de Centros de Convivência junto à SES MG, conforme previsto na Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.767 de 22 de março de 2022. Esta Deliberação apresenta também as diretrizes gerais

para funcionamento dos serviços da RAPS que são cofinanciados pela PESMAD e pela Política de Atenção Hospitalar de Minas Gerais. Os repasses estaduais são fundamentais para a implementação dos serviços previstos na Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (PESMAD).

O Quadro 5 apresenta os valores repassados anualmente pelo estado aos municípios, por tipo de serviço habilitado.

QUADRO 5: Financiamento anual para custeio de serviços da RAPS realizado pela gestão estadual de saúde SES MG

TIPO DE SERVIÇO DA RAPS	VALOR ANUAL DE CUSTEIO
CAPS I	R\$135.864,00
CAPS II	R\$158.814,00
CAPS III	R\$403.843,20
CAPS AD II	R\$190.944,00
CAPS AD III	R\$504.000,00
CAPS i	R\$154.224,00
Centro de Convivência	R\$120.000,00
Equipe de Consultório de Rua I	R\$95.520,00
Equipe de Consultório de Rua II	R\$131.040,00
Equipe de Consultório de Rua III	R\$168.960,00
Serviço Residencial Terapêutico I	R\$48.000,00
Serviço Residencial Terapêutico II	R\$96.000,00
Unidade de Acolhimento Adulto	R\$120.000,00
Unidade de Acolhimento Infanto-juvenil	R\$144.000,00
Leitos de Saúde Mental em hospital geral	R\$ 67.321,32 (por leito)

Fonte: Diretoria de Saúde Mental da SES-MG

A Diretoria de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (DSMAD) da SES MG, com o intuito de organizar seus processos de trabalho, realiza a gestão da atenção em saúde mental por meio de cinco macroprocessos: **o monitoramento da RAPS, a desinstitucionalização, a educação permanente, a gestão de recursos estaduais e emendas e a internação compulsória.**

Apresentamos, em seguida, cada um destes macroprocessos.

4.2.1 Acompanhamento e monitoramento da RAPS no estado de Minas Gerais

Tem como objetivo: monitorar e acompanhar a implantação, implementação e habilitação de novos serviços; realizar vistorias e visitas técnicas nos dispositivos da RAPS, ofertando apoio técnico aos municípios em consonância com a Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Participam destes processos: as referências técnicas em Saúde Mental da DSMAD (nível central) e das Unidades Regionais de Saúde, com diferentes atribuições.

Algumas atividades, pela importância que têm no trabalho das referências técnicas de saúde mental das Unidades Regionais de Saúde da SES MG, serão apresentadas de maneira detalhada:

a. Qualificação/habilitação de serviços da RAPS

As referências técnicas (RTs) de Saúde Mental das Unidades Regionais de Saúde (URS) auxiliam os municípios nos processos de habilitação/qualificação dos serviços da RAPS, sensibilizando e apoiando os gestores municipais, bem como realizando as articulações necessárias com a Diretoria de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas da SES MG.

Quando um serviço tem o status “habilitado” significa que já possui portaria de custeio publicada pelo Ministério da Saúde. Por exemplo, em determinado município, existe um CAPS II em funcionamento, ele só se tornará “habilitado” após publicação de portaria pelo Ministério da Saúde, que ocorrerá mediante inserção pelo gestor municipal de proposta via sistema informatizado do MS. Já a qualificação diz respeito ao processo em que um serviço, com determinada habilitação, passa pelo processo de ampliação e adequação de parâmetros a fim de mudar a modalidade de habilitação. Utilizando o exemplo anterior, se este CAPS II for adequado e passar a atender aos parâmetros de um CAPS III, este deverá passar pelo processo de qualificação.

Nos processos de habilitação/qualificação, os municípios devem elaborar um Projeto Institucional do serviço que deve constar: Apresentação do serviço com a caracterização do município e dados epidemiológicos; os objetivos do serviço destacando seu papel na rede; os municípios que serão atendidos; a coerência com as diretrizes PESMAD e com as portarias vigentes do Ministério da Saúde; as ações de articulação entre os serviços da rede através do matriciamento, entre outros.

O projeto Institucional deve ser encaminhado a Unidade Regional de Saúde (URS) junto com o pedido de pauta para a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) Microrregional. Cabe à referência técnica de saúde mental regional a avaliação do projeto institucional, a produção de parecer técnico (favorável ou desfavorável) e de formulário de solicitação de pauta para pactuação na CIB.

Após a realização da pactuação, a referência técnica de saúde mental regional deverá elaborar e enviar o Parecer Técnico de Pactuação para a DSMAD da SES MG. Neste Parecer deve constar sempre as seguintes informações: município, serviço, processo pactuado (habilitação ou qualificação), quantidade de serviços, população prevista, municípios referenciados, análise qualitativa sobre a necessidade do serviço na região e coerência com as diretrizes da Política.

Após homologação na CIB é necessário que a RT regional:

a. Faça uma visita in loco no serviço e elabore um Parecer Técnico sobre o funcionamento do serviço e realize orientações a gestão municipal. Um documento orientador/roteiro de avaliação dos serviços das visitas in loco está disponibilizado no processo SEI nº 1320.01.0014318/2020-57.

b. Disponibilize o Parecer ao gestor do município para que seja anexado no processo do Sistema de Apoio à Implementação de Políticas de Saúde (SAIPS) do Ministério da Saúde (MS).

c. Oriente o gestor municipal a solicitar e inserir proposta no SAIPS e a seguir as orientações do Ministério da Saúde (MS).

No SAIPS deverá ser observada a inclusão de dois processos, sendo um de solicitação de implantação e um de habilitação do serviço. Os processos devem ser acompanhados pelo gestor municipal que possui acesso a plataforma. O MS poderá solicitar ao município pedidos de diligência para retificações, antes da aprovação do pleito. Após aprovação do pleito, haverá a publicação da portaria habilitando/qualificando o serviço.

PARA SABER MAIS SOBRE AS NORMATIVAS RELACIONADAS À QUALIFICAÇÃO/HABILITAÇÃO, CONSULTE:



- » Portarias nº 336/2002 e nº854/2012 que tratam das atividades a serem desenvolvidas nos CAPS;
- » Portaria nº148/2012 e nº 953/2012 para leitos;
- » Portaria nº 121/2012 para Unidades de Acolhimento; e
- » Portaria nº 130/2012 CAPS AD III (24horas).
- » Portaria de Consolidação nº 3 de 28 de setembro de 2017.

b. Visitas Técnicas aos serviços da RAPS

As visitas técnicas aos serviços têm como finalidades prestar apoio técnico (orientar e acompanhar) e possibilitar a aproximação RT regional com trabalhadores e coordenadores dos serviços e gestores de saúde mental dos diferentes municípios. É importante que seja realizada, no mínimo, uma visita por ano em cada serviço da RAPS.

As visitas devem ser agendadas com os municípios e devem contar com a participação da coordenação do serviço e, sempre que possível, com outros trabalhadores.

Os documentos orientadores (roteiros) para visitas e avaliação dos serviços estão disponíveis no processo SEI nº 1320.01.0014318/2020-57.

Nas visitas, as Referências Técnicas de Saúde Mental das Unidades Regionais de Saúde devem sempre:

- Levantar previamente os dados sobre a equipe existente no serviço no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) para fazer a conferência in loco;
- Considerar as normativas vigentes e diretrizes da PESMAD;
- Entrevistar profissionais e usuários com o objetivo de identificar as ações realizadas e a assistência ofertada;
- Verificar se o serviço dispõe de Prontuário com Projeto Terapêutico Singular (PTS) atualizado, ata de reuniões, assembleias de usuários, realização de reuniões de matriciamento, ações de redução de danos, realização de oficinas e atividades;
- Dialogar com o coordenador do serviço e realizar orientações necessárias;
- Realizar reuniões de apoio técnico aos municípios;
- Solicitar adequações com definição de prazos, quando encontrar irregularidades. Tais irregularidades devem ser registradas em relatórios e/ou atas de reunião.
- Elaborar e enviar a DSMAD e/ou ao município relatórios contemplando os itens listados no documento orientador/roteiro de avaliação dos serviços sobre tais visitas.

c. Vistorias motivadas por denúncias

A Secretaria de Estado de Saúde pode ser acionada para realização de vistorias, geralmente em hospitais e comunidades terapêuticas, mediante denúncias. Toda vistoria deve ser comunicada, com antecedência, ao gestor municipal de saúde e aos serviços da RAPS existentes no território.

A Unidade Regional de Saúde (URS) tem competência e atribuição de realizar a vistoria. O nível central da SES-MG deve ser acionado, quando extremamente necessário, diante de alguma dificuldade no território. Dessa forma, cabe à URS analisar a solicitação e definir quem serão os participantes das vistorias, entre eles, destacam-se: gestão municipal, profissionais da assistência social, vigilância sanitária municipal e regional, Ministério Público local e Polícia Militar.

Caso seja necessário o fechamento do serviço vistoriado, deve-se implementar ações para assegurar a oferta de saúde e assistência social às pessoas atendidas por meio de articulação com os serviços da RAPS do território de origem do usuário, bem como a organização de todo sistema logístico de transporte para o retorno dessas pessoas a seus municípios de origem. Tais ações devem ser realizadas de forma compartilhada com os municípios.

No **Quadro 6**, estão relacionadas as atribuições e responsabilidades de profissionais e instituições envolvidas nas vistorias.

QUADRO 6. Atribuições e responsabilidades das instituições envolvidas nas vistorias motivadas por denúncias

SETOR/ INSTITUIÇÃO	ATIVIDADE	RESPONSÁVEL
Saúde	Avaliar a situação clínica das pessoas abrigadas e ofertar os cuidados de saúde necessários.	Rede de saúde do município
	Avaliar a situação psicossocial das pessoas abrigadas e ofertar os cuidados em saúde mental necessários.	Serviços/ profissionais da RAPS do município
	Articular a oferta de assistência em saúde/ saúde mental com outros municípios, inclusive com o município de origem das pessoas institucionalizadas.	Referências Técnicas de Saúde da URS. Referências Técnicas em Saúde Mental da URS
	Avaliar a estrutura física da instituição.	Vigilância sanitária municipal com apoio da vigilância sanitária da URS
	Elaborar relatório sobre as ações realizada, inclusive para respaldar respostas futuras aos operadores de direito.	Profissionais de Saúde do Município, Profissionais de Saúde da RAPS, Referências Técnicas em Saúde Mental da URS. Vigilância Sanitária do Município. Vigilância Sanitária da URS.
Assistência Social	Avaliar situações e necessidades sociais das pessoas institucionalizadas.	CRAS ou CREAS

SETOR/ INSTITUIÇÃO	ATIVIDADE	RESPONSÁVEL
Assistência Social	Articular e realizar contato com a família e município de origem da pessoa institucionalizada e viabilizar transporte, quando necessário.	CRAS ou CREAS. Se necessário em ação conjunta com Referências Técnicas de Saúde da URS.
	Ofertar abrigo às pessoas institucionalizadas.	CRAS ou CREAS
Ministério Público	Ofertar apoio na condução da vistoria.	Promotoria de justiça
	Acompanhar a disponibilização do Benefício de Prestação Continuada (BPC) das pessoas institucionalizadas junto ao CRAS/CREAS.	Promotoria de justiça junto ao CRAS/CREAS
Polícia Militar	Apoiar a equipe que irá realizar a vistoria.	Polícia Militar e/ou Guarda Municipal

d. Monitoramento e acompanhamento de dados nos sistemas de informações

O monitoramento e acompanhamento de dados nos sistemas oficiais de informações são de extrema relevância para a identificação das ações de saúde mental que estão sendo realizadas nos municípios. A referência técnica de saúde mental deve se apropriar das ferramentas e sistemas de informação existentes para realizar o acompanhamento dos dados assistenciais. Dessa forma, é preciso realizar as seguintes ações, com apoio das unidades de regulação estadual:

- Articular com a área de regulação da URS para conhecer e acessar os dados no sistema de informação do SUS;
- Acompanhar de forma sistematizada e mensal os registros de produção dos serviços no Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS) do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e no Sistema de Informação Hospitalar (SIH);
- Elaborar série histórica e analisar a produção dos serviços;
- Apresentar e refletir com os serviços sobre a produção dos serviços;
- Incentivar e sensibilizar os municípios quanto a importância de realizar o preenchimento dos dados assistenciais nos sistemas de informação, com apoio das unidades de regulação estadual.

e. Monitoramento dos serviços existentes e grade de referência

As referências técnicas regionais de saúde mental devem acompanhar as habilitações e qualificações dos serviços em funcionamento na área de abrangência da Unidade Regional

de Saúde da SES MG. Devem também repassar à DSMAD, de forma sistematizada, informações sobre os serviços da RAPS e sobre a grade de referência dos municípios com propostas de alteração.

A grade e matriz de referência são ferramentas utilizadas de forma compartilhada entre as URS e DSMAD, com o objetivo de manter atualizadas as informações sobre os serviços da RAPS e identificar aqueles que são referência para outros municípios. É extremamente importante realizar a atualização dos dados pois, a partir deles, são publicadas anualmente as resoluções de cofinanciamento estadual dos serviços de saúde mental. Além disso, a análise atualizada da rede é essencial para identificação dos vazios assistenciais e da necessidade de ampliação da rede.

4.2.2 Desinstitucionalização, monitoramento e acompanhamento dos hospitais psiquiátricos

O macroprocesso de desinstitucionalização tem como principal objetivo realizar ações que favoreçam a desinstitucionalização de pessoas institucionalizadas e o acompanhamento dos hospitais psiquiátricos que possuem leitos SUS e dos hospitais de custódia.

O processo de desinstitucionalização, para além de desospitalizar, busca reconstruir laços e inserções sociais para pessoas que estejam em situação de moradia em hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia, com ou sem laços familiares. A desinstitucionalização busca criar condições para a promoção de cidadania e autonomia e para o cuidado em liberdade. Deve ser desenvolvida a partir de cada pessoa, considerando sua singularidade clínica, social e jurídica. Os profissionais de saúde envolvidos nesse processo buscam promover a retomada dos vínculos familiares e inserções no território.

O processo de desinstitucionalização começa em hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia. Em Minas Gerais, os usuários com medida de segurança estão internados no Hospital de Custódia Jorge Vaz, em Barbacena, sob a gestão da Secretaria de Justiça e Segurança Pública. Considerando a especificidade dos “pacientes judiciários”, o Tribunal de Justiça mantém o Programa de Atenção Integral ao Usuário Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ) que acompanha os casos internados e participa de seus processos de desinstitucionalização.

As referências técnicas de saúde mental das URS devem apoiar o processo de desinstitucionalização junto aos municípios, devem realizar articulações para garantir que a rede de atenção à saúde ofereça cuidado e a reinserção social aos usuários institucionalizados que, sempre que possível, devem retornar a seus municípios de origem.

Nesses processos, várias possibilidades de moradias devem ser consideradas. Quando o município de origem não dispuser de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), é impor-

tante articular outras estratégias como, por exemplo, o aluguel social, a residência inclusiva (equipamento da assistência social para adultos com déficit cognitivo ou deficiência intelectual), a identificação de algum familiar que tenha disponibilidade de acolher o usuário em sua residência.

É importante considerar que a SRT é uma moradia e não deve ser utilizada para atender demandas de internação ou cumprimento de medida (nos casos de pessoas que cometeram algum ato infracional).

As referências técnicas regionais de saúde mental têm papel fundamental na gestão dos casos e na articulação de equipamentos de saúde e de outros setores necessários ao processo de desinstitucionalização.

A implantação e habilitação das SRTs devem seguir as mesmas etapas já apresentadas no subitem “a. Qualificação/habilitação de serviços da RAPS”.

4.2.3 Educação Permanente

O macroprocesso de educação permanente tem como objetivo estimular e fomentar as ações de educação permanente necessárias à qualificação da assistência em saúde mental.

As ações de Educação Permanente em Saúde sempre consideram as necessidades de formação que surgem no cotidiano do trabalho, buscando promover diálogos entre diferentes sujeitos (trabalhadores, usuários, instituições formadoras e gestores) e produzir conhecimentos e transformações necessárias na oferta de práticas, tornando-as coerentes com as políticas de saúde e suas diretrizes e capazes de contribuir para a produção do cuidado em saúde mental.

As ações devem partir das necessidades de cada território e considerar as diretrizes das políticas nacional e estadual de saúde mental, álcool e outras drogas e da política de Redução de Danos. As ações devem ser promovidas em parceria com a Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG), Instituições de Ensino Superior, COSEMS e Ministério da Saúde.

É importante que gestores e URS incentivem a realização de ações, bem como instituem os Colegiados Regionais de Saúde Mental que são considerados espaços de formação, de articulação de serviços e de compartilhamento de práticas.

4.2.4 Gestão de recursos financeiros estaduais e emendas

O macroprocesso de gestão de recursos financeiros e emendas tem como objetivo geral realizar o acompanhamento físico-financeiro das ações de incentivo financeiro planejadas

pela DSMAD, garantindo a consonância com objetos e indicadores assistenciais previstos na Política Estadual de Saúde Mental (PESMAD). Esta gestão envolve:

a. Acompanhamento das Resoluções no Sistema de Gerenciamento das Resoluções estaduais (SiG-RES);

b. Realização do monitoramento dos Indicadores das Resoluções (avaliação de atestos técnicos e dos indicadores previstos, importação de resultados, abertura de prazo para Validação dos Resultados e prazo para realização da Reunião Temática de Acompanhamento);

c. Acompanhamento anual do processo de Prestação de Contas do Sistema de Gerenciador de Indicadores, Compromissos e Metas - GEICOM.

Todo o processo de repasse de recursos financeiros da SES MG para municípios envolve a elaboração de uma resolução e diversas ações da equipe da DSMAD e de outras áreas da SES. Destacamos etapas necessárias para efetivar repasses financeiros:

- Elaboração da minuta: etapa que envolve integrantes da equipe DSMAD, avaliações da Assessoria Jurídica e do Gabinete da SES MG. Nos anexos das minutas de resoluções, devem ser incluídas informações sobre serviços existentes emitidas pelas Unidades Regionais de Saúde, através da grade de referência e do diagnóstico da RAPS;

- Apresentação e discussão da minuta de resolução no Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial;

- Solicitação de disponibilidade orçamentária junto à Diretoria de Orçamento e Qualidade de Gasto da Subsecretaria de Inovação e Logística em Saúde (SUBSILS);

- Solicitação de pauta em reunião da Comissão Intergestores Bipartite (CIB);

- Solicitação de avaliação e validação da Assessoria Estratégica para verificar a viabilidade e eficácia dos indicadores para monitoramento da finalidade do recurso;

- Solicitação de análise jurídica;

- Avaliação das considerações da Assessoria Jurídica pela equipe da DSMAD;

- Apresentação da minuta de resolução em reunião da câmara técnica e CIB;

- Aprovação da resolução e divulgação, sendo essencial a conferência e leitura do documento pelas Unidades Regionais de Saúde;

- Assinatura de termos pelos gestores municipais via sistema informatizado (SIGRES);

- Solicitação de empenho;

- Solicitação de liquidação que pode ser realizado somente após a celebração dos termos;

- Solicitação de ordem de pagamento e de execução do pagamento ao setor financeiro da SES;

- Repasse do recurso aos municípios;
- Validação dos indicadores com os municípios;
- Monitoramento das Unidades Regionais de Saúde;
- Abertura de prestação de contas realizada pela DSMAD;
- Prestação de contas - responsabilidade municipal.

4.2.5 Internação Compulsória

A Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas de Minas Gerais busca promover a redução dos processos de judicialização das demandas de internação em saúde mental, ao assegurar a oferta de cuidado ao usuário no território.

A DSMAD atua junto ao Núcleo de Judicialização em Saúde (NJS) nos processos de judicialização da saúde mental, direcionando o fluxo das solicitações de internações compulsórias para a URS correspondente ao município de origem do usuário considerado no processo. Espera-se que com a articulação das redes locais, o usuário seja assistido na RAPS, a partir das suas necessidades psicossociais.

A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. De acordo com as legislações vigentes, a internação psiquiátrica somente deverá ser realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. Nos casos de crises mais intensas, a equipe deverá avaliar a necessidade de permanência-dia no CAPS, acompanhado ou não da retaguarda noturna no próprio CAPS, ou em leito de saúde mental no hospital geral. É necessário sempre relacionar o cuidado construído com o Projeto Terapêutico Singular.

Quando demandado, o fluxo a ser seguido para o processo de internação compulsória é:

- A Advocacia Geral do Estado encaminha a solicitação para o NJS.
- NJS avalia o processo e analisa sua pertinência à saúde mental.
- DSMAD analisa, consolida e encaminha as informações à URS.
- A URS analisa o processo e solicita ao município articulações para acolher o usuário na RAPS.
- O Município discute o caso, elabora o projeto terapêutico singular e faz o preenchimento dos relatórios a serem encaminhados a URS.
- A URS elabora nota técnica e encaminha junto dos relatórios preenchidos pelo município para a DSMAD.

Assim, a ação da DSMAD é identificar o município/região onde a demanda judicial tem origem e redirecionar o processo via SEI para a respectiva Unidade Regional de Saúde.

PARA CONHECER E SABER MAIS ORIENTAÇÕES SOBRE ESSE PROCESSO, ACESSE:



» A Nota Técnica nº 50/SES/SUBPAS-SRAS-DSMAD/2020 no processo SEI Nº 1320.01.0006044/2021-61.

No Anexo 1, há o detalhamento das atribuições da DSMAD e das Referências Técnicas de Saúde Mental das Unidades Regionais nos macroprocessos da gestão estadual de saúde mental.

4.3 Gestão Municipal da RAPS

As secretarias municipais de saúde, responsáveis pela gestão do SUS no âmbito municipal e por assegurar o direito à saúde, inclusive de acesso a serviços e ações de saúde à população, devem contar com uma referência ou com uma área responsável pela gestão da RAPS e pela oferta da atenção em saúde mental no município.

As referências ou coordenações ou gerências de saúde mental devem sempre orientar suas ações pelas políticas e pela legislação vigente na área, devem conhecer quais são suas diretrizes, quais serviços são financiados e qual a lógica de atenção que deve orientar as ações de saúde mental no município. Devem também conhecer o município e suas necessidades de atenção, avaliar a rede existente e propor, quando necessário, sua adequação para que seja capaz de atender a população com qualidade. É muito importante que a gestão municipal da RAPS acompanhe a atenção ofertada e que participe da construção dos encaminhamentos e das resoluções das situações que se apresentam. Em algumas situações, será importante mobilizar outros setores e até mesmo outros municípios para buscar assegurar a integralidade do cuidado em saúde mental. A gestão municipal da RAPS pode contar com o apoio técnico da referência técnica de saúde mental de Unidade Regional de Saúde.

Na Deliberação CIB-SUS/MG Nº 2.400, de 19 de outubro de 2016, que aprova a Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, definições sobre as atribuições das Secretarias Municipais de Saúde na gestão da RAPS foram feitas. Destacamos algumas delas e incluímos outras que devem ser consideradas na atenção em saúde mental dos municípios:

- Formular uma Política Municipal de Saúde Mental e aprová-la no Conselho Municipal de Saúde.
- Realizar programação das ações da RAPS considerando o território e as necessidades de saúde da população;
- Organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de saúde mental existentes dentro do seu território, bem como articular com os demais serviços de saúde;
- Implantar serviços substitutivos em saúde mental pactuados, realizar processos para habilitá-los junto à DSMAD da SES MG e ao Ministério da Saúde.
- Prestar apoio institucional às equipes e aos serviços substitutivos em saúde mental;
- Monitorar a atenção em saúde mental do município, inclusive usuários encaminhados para internação, casos judicializados, entre outros.
- Garantir equipes, conforme normativas e necessidades locais, bem como a realização de ações que visem a formação e educação dos trabalhadores que realizam o cuidado em saúde mental.
- Garantir a estrutura física necessária para o funcionamento dos CAPS e demais serviços de saúde mental;
- Garantir o adequado funcionamento dos CAPS e demais serviços de saúde mental, disponibilizando recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para execução das ações propostas para a RAPS;
- Organizar fluxos e promover articulações entre serviços da RAPS, do setor saúde e de outros setores de modo a favorecer a atenção em saúde mental no município;
- Alimentar, analisar e verificar a qualidade e a consistência dos dados inseridos nos sistemas nacionais de informação;
- Atualizar o Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) com informações sobre os serviços e sobre os profissionais de saúde;
- Ser responsável, junto ao Ministério da Saúde e Secretaria de Estado de Saúde, pelo monitoramento da utilização dos recursos da RAPS transferidos ao município.

PARA SABER MAIS SOBRE ORIENTAÇÕES E ATRIBUIÇÕES TANTO DAS REFERÊNCIAS TÉCNICAS DAS URS, QUANTO DOS MUNICÍPIOS, CONSULTE:



» Nota Técnica nº 20/SES/SUBPAS-SRAS-DSMAD/2022 e a Nota Técnica nº 58/SES/SUBPAS-SRAS-DSMAD/2021, disponíveis no processo SEI 1320.01.0006044/2021-61



5 A RAPS: A ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

5. A RAPS: A ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

As redes de saúde mental devem se orientar pelos fundamentos da atenção psicossocial na sustentação do cuidado às pessoas com sofrimento mental e/ou em uso prejudicial de drogas.

Mas o que é mesmo atenção psicossocial? Quais são as finalidades do cuidado em uma rede de atenção psicossocial? Quais são os conceitos que podem orientar uma prática de atenção psicossocial? Quais são as práticas ofertadas na RAPS?

Apresentamos, a seguir, conceitos importantes para responder a essas questões.

5.1 Atenção Psicossocial

A atenção psicossocial surge a partir da necessidade de criar um modo de atenção às pessoas com sofrimento mental nos territórios em que vivem. Necessidade que se fez premente com o fechamento de hospitais e leitos psiquiátricos no processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira. Tratava-se de implementar uma rede de serviços substitutivos, mas também de construir um novo modo de atenção. No lugar de uma assistência psiquiátrica restrita à doença mental, propôs-se uma atenção psicossocial coerente com as necessidades de cuidado das pessoas com sofrimento mental em seus contextos de vida, seja nos momentos de crise, seja em outros momentos.

De acordo com Amarante (2007), a atenção psicossocial relaciona-se com:

- A constatação da diversidade de necessidades surgidas quando o foco da atenção deixa de ser a doença e passa a ser a pessoa em sua existência-sofrimento, em seu contexto e em suas relações sociais.
- A produção de novos saberes, práticas e concepções culturais que buscam possibilitar novos lugares sociais para o louco, diferentes daqueles produzidos pelo saber psiquiátrico.

De acordo com Delgado (1997), trata-se de um campo que opera a partir da percepção de que a existência humana implica as dimensões psíquica (subjetividade e criatividade) e social (cidadão de direito) e que ambas devem ser reintegradas de maneira mais abrangente e menos excludente.

A atenção psicossocial se constitui, então, como um campo atento às singularidades e às diferentes necessidades de cuidado, que busca promover a cidadania e autonomia das pessoas com sofrimento mental. Assume, como desafio, a produção de conhecimento sobre o sofrimento mental e também sobre as práticas de atenção no campo da saúde mental.

5.2 Processos de sofrimento/adoecimento/saúde mental

Considerando que o processo saúde-doença envolve as diversas dimensões da experiência humana (biológica, social, cultural, subjetiva etc.), buscamos compreender o sofrimento/adoecimento mental.

A tendência hegemônica no campo da saúde é que os conhecimentos que possuem valores próprios desenvolvem práticas também próprias que acabam se tornando desconectadas, fragmentadas, e muitas vezes, associadas a interesses corporativos e de mercado. O saber médico, por exemplo, está associado a uma concepção que define a saúde como ausência de doença, o que resulta em práticas que privilegiam os especialistas e seus saberes, o tecnicismo biológico e os mecanicismos.

Em saúde mental, as práticas relacionadas ao saber médico, muitas vezes, estão direcionadas à supressão de sintomas que passa também a ser um indicativo de melhora. Entendemos, entretanto, que um sintoma psíquico não pode ser equiparado a um sintoma orgânico, já que o primeiro se refere a uma maneira de estar no mundo, de como a realidade afeta o sujeito, de como ele vive as perdas, as mudanças nas etapas da vida. Por isso, a supressão do sintoma não equivale necessariamente a uma melhora.

Canguilhem (1990), em *O Normal e o Patológico*, propõe outra concepção de saúde e doença. Caracteriza a saúde como a possibilidade de instituição de outras formas de funcionamento, a partir de eventuais modificações do funcionamento dito normal. Já o patológico é compreendido como a perda da capacidade de instituir novas formas de funcionamento. Na doença, há uma fixação à norma e torna-se impossível produzir mudanças. A saúde equivale à possibilidade de produzir novas normas, está do lado da mudança e da adaptação. A partir desta concepção, a ideia de um retorno a uma normalidade anterior ao adoecimento não faz sentido. A superação do adoecimento - ou a melhora - relaciona-se ao alcance de um outro estado e não à supressão dos sintomas.

Podemos então, afirmar, a partir das contribuições de Canguilhem, que o adoecimento é um fato da existência e que exige um processo de ajuste que não se refere ao retorno à condição anterior, mas associa-se à produção de uma condição outra, que poderá ser adquirida com a ajuda de trabalhadores da saúde disponíveis para a escuta, para o diálogo e para as construções possíveis a partir do cotidiano e dos territórios de vida dos usuários.

Podemos compreender que o sofrimento é uma manifestação às intempéries da existência humana. Perdas importantes que podem ser materiais, de familiares, de ideais, podem desencadear sintomas como alterações do sono, do apetite, choro, tristeza, ansiedade, sentimentos de desamparo ou de insegurança. Cada um vai viver e vai sentir os acontecimentos de acordo com sua experiência de vida, com os recursos que adquiriu, tanto materiais quanto simbólicos, e com os apoios familiares, sociais, e outros que tiver. É importante acolher e escutar, para localizar estes momentos. Deve-se evitar dar um significado de doença, sendo mais adequado dar um suporte, localizando que se trata de uma vivência que vai exigir um tempo de elaboração e significação, e desta maneira, remetendo a Ganguilhem, poder encontrar uma outra forma de lidar com as situações, um novo jeito.

Outro ponto importante a considerar é que desamparos e precariedades sociais precisam de medidas e ações no campo social ao invés de pílulas sedativas. Nas sociedades contemporâneas, existe uma tendência a tratar dos sofrimentos com soluções medicamentosas. Esta prática tem graves consequências, como o desprezo pelo que de fato se associa ao desamparo e o assujeitamento ou silenciamento das pessoas que estão em sofrimento, impedindo que o trabalho de elaboração e de construção de soluções seja feito. Desta forma, pode-se levar à incapacidade e à cronificação. De outra maneira, permitindo o espaço de fala, com acolhimento, escuta e tempo, é possível passar pelas dificuldades preservando o lugar de sujeito e cidadão.

PARA COMPREENDER MELHOR OS PROCESSOS DE SOFRIMENTO-ADOECIMENTO MENTAIS, ASSISTA OS VÍDEOS:



» As múltiplas dimensões da loucura de Mario Eduardo Costa:

Link: https://www.youtube.com/watch?v=_qfG5PQf8sM

» A relação do homem com o desamparo pode ser desesperadora ou não.

Link: <https://www.youtube.com/watch?v=q5spjkAOovM>

5.3 Cuidado, cidadania e autonomia

O campo da Atenção Psicossocial propõe novas balizas para a produção do cuidado em saúde mental. Antes de conhecê-las, é importante entender quais balizas a Reforma Psiquiátrica Brasileira buscou superar.

A existência dos hospitais psiquiátricos se baseava na ideia de que o doente mental está fora da razão. A capacidade de discernimento para as condutas da vida estaria assim anu-

lada, implicando necessariamente uma periculosidade, ou seja, um risco sempre presente de um comportamento perigoso. O tratamento deveria devolver a sanidade e a razão, uma suposta normalidade deveria ser produzida. Enquanto isso não se concretizava, a permanência no hospital, os tratamentos invasivos e a ausência de direitos eram justificados.

Já o campo da Atenção Psicossocial busca fundamentar as práticas de cuidado em uma ética. Podemos afirmar que a ética é diferente de moral. A moral diz respeito a um conjunto de valores e regras de conduta de um grupo. A ética busca sempre superar a moral. No campo da saúde mental, podemos dizer que a moral está do lado do ideal de normalidade e que a ética se associa à construção de práticas que consideram o sofrimento e o adoecimento mentais como manifestações do humano. Requer um pensamento crítico e questionador sobre as ações, não aderindo automaticamente aos padrões morais e ideais de uma época.

A Atenção Psicossocial, ao propor o cuidado em liberdade, afirma seu compromisso ético com as várias formas de subjetivação e refuta a busca por uma suposta normalidade. Propõe que o trabalho se oriente pela criação de possibilidades de vida tendo como balizamento o sujeito/cidadão em sua singular manifestação, com suas aptidões, suas escolhas e sua responsabilidade. Isso implica a consideração e o respeito às diversas formas de estar e viver em sociedade que não necessariamente correspondem aos padrões ditados por uma moralidade e por um ideal de normalidade.

Na perspectiva da Atenção Psicossocial, o cuidado deve sempre se orientar pela promoção da autonomia. A partir do que foi dito sobre a assistência à loucura, podemos inferir que a lógica que manteve o hospital psiquiátrico não reconhecia a autonomia, ou seja, a capacidade de autodeterminação, de criação de modos de vida das pessoas com adoecimento/sofrimento mental. Enquanto se adota a perspectiva da impossibilidade da autonomia, da manutenção e da expansão da alienação, mantém-se a possibilidade de normalizar exclusões e reclusões.

A Atenção Psicossocial, enquanto uma outra maneira de pensar e propor ações de cuidado, considera que todos têm dificuldades e possibilidades para se constituírem como seres autônomos. Construir a autonomia em um contexto social é um atributo de todo ser humano.

Outro norteador do cuidado na perspectiva da Atenção Psicossocial é a promoção da cidadania.

Cidadania vem do latim cidade, logo, cidadão é aquele que coabita e divide o espaço público. Segundo o dicionário, cidadão é também aquele indivíduo no gozo dos direitos civis, políticos e sociais de um Estado. Ele tem, por exemplo, sua liberdade individual respeitada, ele pode participar das decisões políticas do país, ele usufrui do direito à educação, a moradia, a segurança, à saúde, dentre outros. E como o exercício da cidadania se coloca para as

peessoas com transtorno mental? Elas são ou não são considerados cidadãos?

Essas pessoas, pelo fato de serem humanas, têm a sua cidadania assegurada? Não é tão simples assim. Birman (1992) afirma que há uma especificidade na construção da cidadania das pessoas com transtornos mentais que precisamos considerar. Essa especificidade diz respeito à própria constituição da loucura no espaço social. Sabemos que a psiquiatria, ao reconhecer as características e especificidades da doença mental, concebeu que esta experiência se dá fora do âmbito da razão. Isto é, a pessoa com transtorno mental está fora de si, perdeu a razão, e, assim sendo, não pode participar de decisões que envolvam a sua vida e a da coletividade. A loucura está, então, no campo da doença, uma doença que incapacita a vida em sociedade. Ao conceber a loucura assim, exclui-se as pessoas loucas da condição da cidadania.

Trabalhar a cidadania com as pessoas com sofrimento mental exige, então, em primeiro lugar, refletir, atuar e garantir um outro lugar social para a loucura na nossa sociedade, na nossa cultura.

Na perspectiva da Atenção Psicossocial, afirmamos que a pessoa com sofrimento mental é capaz para escolher e construir possibilidades na vida. O sofrimento e a loucura são parte da experiência humana assim como tantos outros fenômenos e não constituem déficit ou incapacidade. Enquanto experiência de vida, deve ser acolhida, acompanhada e valorizada.

Pensando assim, construir a cidadania com as pessoas com sofrimento mental não se reduz a promover a intersetorialidade e favorecer o acesso às políticas públicas, mas em reconfigurar o lugar da loucura na nossa sociedade. O desafio que temos de entender e enfrentar é que na sua especificidade, na sua experiência singular com a loucura, a pessoa continua sendo capaz de falar de si, de escolher, de opinar, de negociar e participar da vida social.

Nessa perspectiva, é preciso estar atento para que não se reproduza nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial o que a Reforma Psiquiátrica Brasileira buscou superar. Para garantir a dimensão cuidadora nas práticas de saúde mental, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a adoção dos seguintes princípios:

- Proteção aos direitos humanos;
- Promoção da capacidade jurídica;
- Práticas não coercitivas;
- Inclusão na comunidade;
- Participação dos usuários nas escolhas de tratamento;

Dificuldades têm se apresentado e devem ser superadas nos serviços de saúde mental, dentre elas destacamos:

- Preconceitos relativos aos “riscos” atribuídos às pessoas com adoecimento mental, que favorece a ênfase excessiva no modelo biomédico com aceitação de práticas coercitivas (tratamento involuntário, reclusão e contenção).
- As práticas atuais, em todas as partes do mundo, colocam as drogas psicotrópicas no centro de respostas ao tratamento.
- O foco predominante da atenção em muitos contextos continua sendo o diagnóstico, medicação e a redução de sintomas.

PARA CONHECER MAIS SOBRE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, CUIDADO E CIDADANIA:



» Leia o artigo: A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental, disponível em:

Link: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341773003.pdf>

» Assista o webinar “Atenção psicossocial nas redes de saúde mental: razões para fortalecê-la” produzido pela ESP-MG, em parceria com a DSMAD da SES MG, disponível em:

Link: https://www.youtube.com/watch?v=jgR7mBUjz_A

» Leia o artigo: Práticas inovadoras para o cuidado em saúde, disponível em:

Link: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/J4DPK7nKhKgzpF9tRSRVqzb/?format=pdf&lang=pt>

» Leia o artigo: A cidadania como forma de tolerância, disponível em:

Link: <https://core.ac.uk/download/pdf/268317748.pdf>

Acesse também:

» Os modelos de atenção baseados na superação da modelo biomédico.

Link: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf

» Orientações sobre serviços de saúde mental comunitários: promoção de abordagens centradas na pessoa e baseadas nos direitos.

Link: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56614/9789275726440_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y

5.4 “Conceitos-Ferramenta” do Cuidado na RAPS

No campo da Atenção Psicossocial, alguns conceitos foram formulados para a fundamentação e a operacionalização do cuidado em saúde mental. Dentre eles, destacamos: acolhimento, vínculo, interdisciplinaridade, projeto terapêutico singular, técnico de referência, territórios existenciais, trabalho em rede, matriciamento e redução de danos.

5.4.1 Acolhimento

O acolhimento diz respeito a uma atitude e a uma função que devem estar presentes nas relações entre as diferentes pessoas que participam da produção do cuidado no SUS. Implica a disponibilidade para escutar e valorizar as queixas e questões trazidas pelas pessoas atendidas, para depois avaliar quais encaminhamentos e respostas são possíveis e necessárias. Diferente de um momento delimitado no tempo e no espaço, este conceito se refere a uma postura de trabalho que perpassa todos os momentos e todos os pontos de atenção.

Uma visão restrita e muitas vezes pré-determinada - em relação a um usuário ou a uma situação - impede a escuta e pode inviabilizar o acolhimento. Comumente, escutamos nos serviços de saúde: “esse usuário é muito queixoso”, “esse vem demais à unidade de saúde”, “esse não quer tratar e não adere ao tratamento”, “esse nós já conhecemos”, “essa família não tem jeito” etc. Essas atitudes podem ser classificadas como manicomiais e cronificantes na medida em que congelam o usuário em uma visão, determinando ações repetitivas e sem criatividade. O acolhimento exige uma abertura radical ao encontro com a alteridade para que seja possível a construção de opções de vida.

5.4.2 Vínculo

O vínculo é um tipo de relação que se estabelece a partir do encontro, do acolhimento e da escuta, envolve interesse e responsabilização entre sujeitos (sujeito-sujeito).

Na lógica manicomial, as relações que se estabelecem são de outro tipo (sujeito-objeto). O médico ou outro profissional de saúde entendem que seus saberes e suas técnicas são suficientes para tratar das pessoas em processos de sofrimento ou adoecimento. Os atos são prescritivos, normativos, protocolares e definidos a partir de um saber hegemônico que determina a aplicação de tecnologias que produzem uma forma de existência normalizada, repetitiva, baseada na geração de uma suposta funcionalidade produtiva. A pessoa com adoecimento mental é colocada no lugar de objeto, sendo a subjetividade desconsiderada.

No campo da Atenção Psicossocial, a construção de vínculo entre sujeitos é considerada fundamental para a viabilização de cuidado.

Muitas questões que nos ajudam a compreender a importância do vínculo em saúde mental podem ser colocadas. Como estabelecer vínculos nas redes de saúde mental que possibilitem o trabalho em direção à construção de formas de existência em consonância com a vida? Como lidar com situações em que o usuário parece estar sempre se recusando a fazer escolhas em direção à vida e perpetuam modos de sofrimento? Como lidar com aqueles que, a princípio, se recusam a construir vínculos?

A Psicanálise trouxe importantes contribuições para localizar a maneira como se estabelecem os laços transferenciais, portanto, os vínculos. Os sujeitos repetem e reatualizam os vínculos, ou seja, os amores da sua história. A transferência é uma condensação dessas histórias. Para a Psicanálise, o amor está em todas as relações, com as diversas linguagens desse afeto – amar, ser amado, odiar, indiferença. Grande parte do sofrimento psíquico está relacionado à ignorância do sujeito com relação às maneiras como ele estabeleceu seus laços de afeto ao longo de sua vida.

Falar com espontaneidade ao outro pode propiciar o estabelecimento de vínculos/transferências. O vínculo surge sempre a partir da acolhida de uma fala como legítima. O sujeito/cidadão poderá, neste processo, reconhecer o lugar que ocupa na trama das relações com outros sujeitos. O vínculo, quando manejado com cuidado e a partir da ética que reconhece as diferentes subjetividades, permite o desenvolvimento de um saber em que o sujeito se reconheça e o encontro com outras formas de estar e se relacionar com a vida e com os outros, a que pode levar à redução do sofrimento.

5.4.3 Projeto Terapêutico Singular – PTS

O projeto terapêutico singular (PTS) é uma ferramenta para elaboração de ações/estratégias relacionadas ao cuidado de um caso complexo. É construído por trabalhadores, familiares, usuários e outros operadores do cuidado. Pode se referir a um caso, um grupo familiar e até a uma situação do território.

O PTS sempre parte de uma situação específica e deve ser construído de modo compartilhado em reuniões, encontros e discussões. Apresentamos, a seguir, alguns “passos” que podem compor a construção de um PTS:

- Delimitação da situação com os principais problemas e dificuldades, sempre referidos ao que é apresentado e/ou apontado pelo usuário. Quando isso não for possível, a família, os vizinhos e a equipe devem criar condições para considerá-lo tão logo seja possível;
- Elaboração e identificação das vulnerabilidades e das possibilidades do caso;
- Criação de condições e possibilidades para que o usuário produza conhecimento sobre seu sofrimento, sua condição e suas opções.

- Orientação e operacionalização do PTS a partir do saber do usuário e não de um saber sobre o usuário, invertendo a lógica dos saberes;
- Delimitação dos recursos da rede e do território;
- Identificação das escolhas e possibilidades do caso;
- Pactuação de ações e prazos com os responsáveis;
- Realização de reuniões periódicas de acompanhamento;
- Revisão do PTS sempre que necessário;
- Definição de um técnico de referência para acompanhamento do PTS.

5.4.4 Técnico de Referência

No hospital psiquiátrico, o usuário é do psiquiatra que indica a internação, avalia a melhora ou piora, altera a medicação e concede a alta. Os demais profissionais (da enfermagem, da psicologia, do serviço social, da terapia ocupacional etc.) cumprem funções acessórias, em geral executando atividades delimitadas e obrigatórias. O psicólogo escuta, a terapeuta ocupacional oferece atividades, a assistente social telefona para família e para as localidades de origem e o enfermeiro observa e relata, dá a medicação.... Essas ações estão sempre a reboque do médico que é o profissional que vai ter a palavra definitiva sobre o caso.

Na RAPS, intenciona-se instituir outra maneira de cuidar, em direção à construção de uma possível autonomia. Para isso o usuário/pessoa/sujeito é o autor de seu percurso na rede. Para acompanhar esse percurso que pode envolver diversos serviços e profissionais, institui-se a função de técnico de referência. Essa função pode ser ocupada por profissionais das diversas profissões.

O técnico de referência é responsável por estar ao lado do usuário/pessoa/sujeito contribuindo na tessitura de sua rede social, de seu PTS. Parte sempre da escuta qualificada em que ele identifica as possibilidades, os riscos, os momentos de maior vulnerabilidade, as alternativas que funcionaram e as que falharam. O técnico de referência escuta os demais participantes do cuidado e os mantém informados sobre a evolução do PTS. Faz a interlocução e articula diversos pontos do cuidado.

Há risco de o técnico de referência atuar de modo isolado, como se fosse o único responsável por aquela pessoa. Por isso é importante localizar e compreender melhor esta função, pactuando em cada rede sua atuação. O profissional ocupa esta função com seu conhecimento, com seu estilo, mas sempre preservando o cuidado e a assistência em direção ao respeito aos direitos e à autonomia.

5.4.5 Interdisciplinaridade e a interprofissionalidade

A Atenção Psicossocial surge a partir da crítica à exclusividade de um saber único, o saber psiquiátrico, para compreender, cuidar e tratar das pessoas com sofrimentos/adoecimentos mentais. Ao longo do tempo, a Atenção Psicossocial tem produzido conhecimentos e práticas que não se circunscrevem a um saber específico. Sendo assim, a sustentação do cuidado em saúde mental deve se dar por diferentes profissionais (enfermeiros, psicólogos, médicos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, educadores, farmacêuticos, dentre outros) em práticas transdisciplinares ou interdisciplinares.

Para efetivar o cuidado, é necessário produzir outra maneira de funcionamento das equipes que não se restringe à justaposição de disciplinas ou práticas profissionais, mas que busca operar a partir do entrelaçamento, da possibilidade de dialetizar e de criar soluções fora das “caixas prontas”. Além disso, é importante considerar a participação de trabalhadores não especializados (cozinheiras, motoristas, recepcionistas) e de outras pessoas não vinculadas aos serviços de saúde (vizinhos, amigos etc.) e de seus saberes na produção do cuidado em saúde mental.

5.4.6 Territórios existenciais

A ideia de território pode remeter, de maneira simplificada, a um espaço delimitado da cidade ou à área de cobertura ou de abrangência de uma equipe ou serviço. Propomos aqui considerar o território como o espaço no qual acontecem modos de existência e trocas sociais. Território é onde os valores culturais e a história de uma determinada comunidade ganham vida. A ele, podem ser associados modos de sofrimento e de adoecimento e também modos de produção de saúde ou saúde mental. É importante considerar que todo território comporta limitações e vulnerabilidades, mas também recursos e possibilidades de vida.

Todo serviço de saúde e seus trabalhadores estão inseridos em um determinado território e podem promover ações que modifiquem a vida e as dinâmicas sociais.

O trabalho da RAPS só é possível em territórios existenciais vivos, porque sempre considera a vida de cada um, seu cotidiano, suas especificidades e inserções sociais.

5.4.7 Trabalho em rede

A Atenção Psicossocial pressupõe trabalho em rede. Não há um serviço, um saber, uma profissão, um tipo de atendimento que seja suficiente para acolher e cuidar das pessoas em processos de sofrimento e adoecimento mental.

O trabalho em rede pressupõe:

- Um funcionamento não hierárquico entre as instituições e os dispositivos, não existindo um ponto ou um dispositivo mais importante ou que vai determinar o que deve ser feito;
- O ponto inaugural de uma rede é um sujeito (sempre único) ou uma situação específica;
- O que vai definir um desenho de rede deve partir do caso em questão considerando as necessidades e possibilidades próprias, portanto cada rede será única;
- O trabalho em rede é dinâmico como a vida das pessoas, e por conseguinte, a rede se modifica neste processo;
- Os fluxos e protocolos entre as instituições estão a serviço das pessoas atendidas e não o contrário.
- As necessidades e as escolhas de cada caso é que irão acionar um dispositivo e mobilizá-lo para fazer parte de uma rede;
- As instituições de saúde, de educação, da assistência social, os operadores de direitos, e outros, podem fazer parte de uma determinada configuração de rede, sempre referidos à situação específica de um caso, no intuito de ampliar as possibilidades de autonomia e de vida.

É importante perceber que a existência de serviços de saúde, de serviços de outros setores e de outros recursos no território, embora seja condição para o trabalho em rede, não é suficiente para garanti-lo. O trabalho em rede é sempre construção, é sempre feito por pessoas, envolvendo articulações cotidianas em torno do que se apresenta em cada um dos casos ou situações atendidas.

5.4.8 Matriciamento

A forma tradicional de organização da atenção em sistemas de saúde preconiza encaminhamentos para especialidades através de formulários de referência e contrarreferência que têm resultado em ações fragmentadas, pouco efetivas, que pouco contribuem para a integralidade do cuidado. Os ambulatórios funcionam a partir desta lógica; muitas vezes, o especialista, por exemplo o psiquiatra, determina intervenções prioritariamente biomédicas, quase sempre sem conexão com saberes e situações de vida e de existência das pessoas atendidas. A complexidade do adoecimento e os seus determinantes não são considerados.

O matriciamento busca modificar esta lógica, considerando o sofrimento e adoecimento como fenômenos complexos. Por isso, propõe um outro modo de organização da atenção, que:

- Parte da delimitação de uma situação/problema abordada por duas ou mais equipes.

- Avalia a história, o desenvolvimento, os problemas de saúde em geral, a situação familiar e social, as dificuldades para atividades de trabalho, as preferências e possibilidades, além da discussão de um possível diagnóstico.

- Considera o enfoque nas possibilidades como fundamental, pois evita o automatismo da visão que valoriza as limitações e impossibilidades. Esse deslocamento é necessário, já que tradicionalmente os profissionais da saúde são ensinados a localizar os problemas e as doenças.

- Parte do pressuposto que equipes de especialistas, como a equipe de saúde mental por exemplo, e as equipes de Estratégia Saúde da Família podem trabalhar de modo compartilhado, através da discussão de caso, da avaliação e proposição de intervenções, numa dinâmica que favorece o aprendizado de todos os participantes.

- Adota como direção a construção da clínica ampliada, a promoção da integralidade do cuidado com a definição de responsabilidades e a integração dialógica entre distintas especialidades e profissões.

- Proporciona um suporte técnico especializado, um intercâmbio e a construção de conhecimento em um processo de trabalho que envolve vários sujeitos e saberes.

- Possibilita a elaboração do PTS por trabalhadores de diferentes equipes e serviços, favorecendo o trabalho em rede.

5.4.9 A Redução de Danos

A Redução de Danos é um marco teórico-político adotado nas Redes de Atenção Psicossocial para o cuidado às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. Surge como uma alternativa a modos de atenção considerados de alta exigência que defendem **exclusivamente** a interrupção do consumo de drogas como valor ou objetivo das ações de saúde ou do tratamento.

A Redução de Danos relaciona-se à uma concepção do uso de drogas como fenômeno complexo que não pode ser compreendido a partir da díade doença/crime, mas como um fenômeno humano, subjetivo, social, cultural, atravessado por questões políticas e econômicas (BRASIL, 2003). A Redução de Danos permite que sejam identificados os prejuízos associados não apenas ao consumo de drogas, mas também às políticas de guerras às drogas.

A Redução de Danos envolve um conjunto de estratégias associadas à minimização de danos e riscos associados ao consumo de drogas e também à afirmação do direito à saúde das pessoas que usam drogas. Reconhece que as pessoas que não querem ou não conseguem interromper o uso de drogas têm direito ao acesso às ações de saúde. Amplia as compreensões sobre as necessidades de atenção e valoriza os diferentes resultados que podem ser alcançados nas práticas de saúde (BRASIL, 2003).

A Redução de Danos tem produzido norteadores para o cuidado nas RAPS. Dentre eles, destacamos:

- o reconhecimento e o respeito às diferenças que marcam as formas de existência das pessoas que usam drogas;
- o reconhecimento da existência de formas seguras e não prejudiciais de uso de drogas; a possibilidade de fazer uma gestão do uso de drogas;
- o reconhecimento de cidadania das pessoas que usam drogas;
- a valorização dos saberes, da responsabilização e do protagonismo das pessoas que usam drogas na produção do cuidado em saúde;
- o reconhecimento de que a abstinência não é condição nem finalidade exclusiva das ações de saúde;
- a possibilidade de construção de novas regras para a vida das pessoas usuárias de drogas, que podem incluir as drogas ou não.

PARA CONHECER UM POUCO MAIS SOBRE ESTES CONCEITOS-FERRAMENTAS, ACESSE:



» Linha-guia de saúde mental:

Link: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1210.pdf>

» Vínculo:

Link: <https://www.scielo.br/j/jicse/a/8ZdCZGwKByR9SjpYStHnJLg/abstract/?lang=pt>

» Equipe interdisciplinar e equipe transdisciplinar:

Link: https://www.maleclinicaps.com/clinicaps_glossario.html

» Diálogo de saberes na produção do cuidado em saúde mental:

Link: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/sN8NWvCCgYzhM9ZPNkbtPsg/?lang=pt>

PARA CONHECER UM POUCO MAIS SOBRE MATRICIAMENTO, CONSULTE:

» Guia prático de matriciamento em saúde mental:

Link: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saude_mental.pdf

PARA CONHECER UM POUCO MAIS SOBRE REDUÇÃO DE DANOS E CUIDADO AD, ACESSE:



» Guia Estratégico para o cuidado a pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas:

Link: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_estrategico_cuidado_pessoas_necessidades.pdf

5.5 Pontos de atenção da RAPS e suas atribuições

O cuidado em saúde mental é feito em uma rede de serviços substitutivos no Sistema Único de Saúde (SUS). Os diferentes momentos e as diferentes necessidades de atenção das pessoas com sofrimento/adoecimento mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas justificam uma rede tão diversa. É importante considerar que as redes podem ser municipais ou regionais. Para a construção e articulação de redes, é fundamental que haja disponibilidade para a construção coletiva e compartilhada.

5.5.1 A atenção primária à saúde

a. Por que a atenção primária é fundamental na RAPS?

A partir da Declaração de Alma Ata e da Carta de Ottawa, a Atenção Primária é identificada como a chave para enfrentar os desafios da promoção da saúde para todos. Em geral, pensamos que à atenção primária caberia atender os problemas de saúde mais simples. No entanto, a atenção primária é o lugar de maior complexidade de um sistema de saúde. A complexidade diz respeito às diversas interseções e eventos relacionados com o processo de saúde doença e às habilidades necessárias para abordar as situações que se apresentam.

São funções da atenção básica/primária no sistema de saúde: Porta de entrada, coordenação e monitoramento do cuidado que garante a integralidade, promoção e prevenção, educação e informação, identificação de riscos e vulnerabilidades do território, apoio às ações de desenvolvimento da comunidade, promoção da participação e autonomia das pessoas e das comunidades. Para viabilizar essas ações, é necessário a utilização de tecnologias de cuidado diversas e de muitos campos de conhecimento.

No Brasil a Estratégia de Saúde da Família foi identificada como tendo maior capacidade para realizar essas ações e tem sido implementada nos municípios.

PARA CONHECER AS DECLARAÇÕES CITADAS:

- » **Link:** https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf
- » **Link:** https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf



PARA CONHECER MELHOR AS PROPOSIÇÕES DE DESAFIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA, CONSULTE O SITE:

- » **Link:** <https://pensesus.fiocruz.br/atencao-basica>

b. A Saúde Mental na Atenção Primária

Na RAPS, os principais pontos de atenção da atenção básica destinados ao cuidado em saúde mental são: as unidades básicas de saúde, os consultórios na rua e os centros de convivência. Estes serviços possuem diferentes atribuições e podem desenvolver diferentes práticas na RAPS. Devem participar dos espaços de articulação da rede e do compartilhamento do cuidado, como matriciamento e fóruns.

As Unidades Básicas de Saúde

As equipes da atenção primária participam ativamente da atenção às pessoas com sofrimento mental. As informações sobre a população adscrita fornecem o conhecimento necessário para que a equipe planeje e execute ações pertinentes para o cuidado em saúde mental.

O matriciamento (ver subitem 5.4.8 deste Guia) é a ferramenta privilegiada para a construção de Projetos terapêuticos Singulares (ver subitem 5.4.4 deste Guia) e para o estabelecimento de ações e estratégias para cada caso.

É na atenção primária que as pessoas chegam com suas angústias, medos e desamparos. É fundamental que toda a equipe possa fazer o acolhimento dos que procuram as Unidades Básicas de Saúde. No acompanhamento das pessoas é muito importante que os profissionais de saúde evitem a medicalização de misérias e situações sociais. Existe uma tendência atual de reduzir a solução para os sofrimentos à administração de medicamento iniciando um ciclo que, além de não tratar, provoca iatrogenia (ou seja, gera novos problemas de saúde). É importante considerar que nem todo sofrimento é uma patologia; muitas vezes, é uma resposta à alguma situação vivenciada.

As equipes da atenção primária buscam assegurar o cuidado no território, articulam o cuidado sempre a partir de uma situação específica. Estas equipes conhecem bem o ter-

ritório com suas peculiaridades tanto no que diz respeito às vulnerabilidades quanto às possibilidades.

No acompanhamento dos casos, a equipe de atenção primária pode realizar diferentes práticas como visitas domiciliares, cuidado individual, cuidado coletivo e outras atividades no território. Pode também compartilhar o cuidado com os outros pontos da RAPS, como os centros de convivência, CAPS, consultórios de rua, unidades de acolhimento, leitos de hospitais gerais, dentre outros, quando houver.

A construção do cuidado pode ser feita com a participação de equipes especializadas – consultório de rua, saúde mental, áreas assistenciais (CRAS, CREAS), NASF e outros – por meio de estratégias como o matriciamento e o PTS, de modo a promover a integralidade do cuidado.

Outras ações que podem ser desenvolvidas pela equipe da atenção primária sempre a partir das necessidades de cada caso:

- **Visita domiciliar.** Em relação a esta prática, é necessário fazer uma advertência, quando não se conhece o usuário e a demanda vem da comunidade ou de um familiar, é necessário fazer uma avaliação criteriosa da situação. Recolher todas as informações pertinentes, avaliando a melhor conduta. Há situações em que o usuário pode se sentir invadido, pois não foi ele que solicitou essa visita. Muitas vezes, é necessário construir um vínculo em várias visitas, de maneira cuidadosa. Quando há uma situação de risco maior, pode-se avaliar a abordagem compartilhada com o SAMU. É muito comum confundirmos risco com situações “psicóticas”. Um usuário que há muito tempo vive acumulando objetos, sem muitos contatos, não está em uma situação de risco eminente. Um usuário que começa a falar que irá construir uma arca porque o mundo irá acabar também não está em risco eminente. Podemos nos aproximar com delicadeza e dar tempo para o estabelecimento de um vínculo. Aproximações intempestivas em geral provocam medo, a pessoa se sente ameaçada e aí pode haver um risco maior de agravamento da situação.

- **Busca ativa.** É uma atribuição da equipe da atenção primária para todas as situações de cuidado prolongado, inclusive da saúde mental. Deve ser realizada com delicadeza e sem a intenção de controle. A frase “o usuário não adere ao tratamento” aponta mais para uma dificuldade da equipe do que uma resistência do usuário. O que essa equipe não está escutando? Esse usuário realmente precisa dessa medicação? Quais outras alternativas para a abordagem? São perguntas que devem ser feitas antes de se afirmar que há uma recusa do usuário às ofertas do serviço.

- **Promoção de saúde.** Há várias ações coletivas que podem ser pensadas neste sentido, considerando os recursos da rede. São ações que podem favorecer a saúde, não estão relacionadas à recuperação ou à prevenção de doenças, mas àquilo que pode favorecer

uma vida melhor. Alguns municípios ofertam Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), reconhecidas pelo SUS, que se constituem recursos importantes para a promoção da saúde.

- **Articulação do cuidado ao longo do tempo.** Acompanhamento do percurso dos sujeitos/cidadãos/pessoas em todos os dispositivos e pontos da RAPS durante a vida.
- **Implementação dos Conselhos locais de Saúde.** Espaços de participação e controle social, onde todos podem participar contribuindo para a localização dos problemas de saúde daquele território e para a construção de respostas possíveis.

Cada equipe, cada lugar, cada cidade vai construir uma rede a partir de suas especificidades. A atenção primária é o ponto mais importante para a integralidade do cuidado e é o lugar de maior complexidade onde a vida se apresenta com todas as nuances, atropelos, acertos e desacertos.

PARA SABER MAIS SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA, ACESSE:



» O webinar “Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: práticas para a sustentação do Cuidado”, produzido pela ESP-MG em parceria com a DSMAD da SES MG:

Link: <https://www.youtube.com/watch?v=xEhJERsFIWA&t=6s>

» O Caderno da Atenção Básica 34 (Saúde Mental) do Ministério da Saúde:

Link: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf

PARA SABER MAIS SOBRE A MEDICALIZAÇÃO DA VIDA, CONSULTE:

» A publicação do Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos. USO DE MEDICAMENTOS E MEDICALIZAÇÃO DA VIDA: recomendações e estratégia:

Link: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/medicamentos_medicalizacao_recomendacoes_estrategia_1ed.pdf

» Amarante, Paulo et al (orgs). Patologização e medicalização da vida: Epistemologia e Política. São Paulo: Editora Zagodoni, 2018.

PARA SABER MAIS SOBRE PROMOÇÃO A SAÚDE E PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES, CONSULTE:



» *Vida Saudável 2020. Práticas Integrativas e Complementares (PIC).*

Link: <https://www.saude.mg.gov.br/PICS>

» Glossário Temático Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

Link: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/glossario_pics.pdf

Os Centros de Convivência

Os Centros de Convivência são espaços de produção de laços sociais, de convivência, de novas sociabilidades para as pessoas com sofrimento mental ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas. Podem desenvolver iniciativas de geração de trabalho e renda, de expressão e produção cultural e artística. São serviços fundamentais para a construção de novos lugares sociais para as pessoas com sofrimento mental e/ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas na cidade. Estes serviços produzem aberturas para outros setores e espaços fora da RAPS mas, mesmo assim, devem participar dos espaços que compartilham e discutem o cuidado nas redes de saúde mental e de saúde, como o matriciamento e os fóruns de atenção.

Os Consultórios na Rua

Os Consultórios de Rua foram criados na década de 90, em Salvador, pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD/ UFBA) e buscavam assegurar o acesso ao cuidado às pessoas usuárias de drogas nas ruas das cidades, nas cenas de uso. Sabia-se que muitos usuários não conseguiam acessar os serviços de saúde, apesar de suas necessidades de cuidado. Os Consultórios de Rua surgem a partir do reconhecimento de que essas pessoas nem por isso deixavam de ter direito à saúde, à cidadania.

Em 2011, o Ministério da Saúde incluiu os Consultórios de Rua na RAPS modificando o nome para Consultório na Rua e ampliando sua proposta de cuidado para a população em situação de rua.

O Consultório na Rua atua de forma itinerante e oferta ações e cuidados de saúde, inclusive ações de redução de danos, para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde. Dispõe de um veículo e de uma equipe multiprofissional e pode utilizar o espaço das Unidades Básicas de Saúde quando necessário. A entrada nos territórios e comunidades deve ser feita de maneira cuidadosa e respeitosa, a criação de vínculos dos trabalhadores com as pessoas em situação de rua é fundamental para a viabi-

lização do cuidado. O Consultório na Rua deve articular redes, contribuir para o acesso das pessoas aos diferentes serviços e desenvolver ações que favoreçam o cuidado, a cidadania e a vida das pessoas em situação de rua.

5.5.2 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESPECIALIZADA

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços considerados estratégicos na criação de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico. Devem oferecer uma atenção territorializada para os casos graves, realizada por equipe multiprofissional, por meio de uma diversidade de práticas que envolvem o acolhimento, a atenção às crises, o cuidado no serviço e no território e a articulação de redes.

A partir do ano de 2002, várias modalidades de CAPS foram criadas: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS i, CAPS AD III, CAPS AD IV.

Os CAPS podem atender a população de uma cidade, de uma região da cidade ou uma região do estado (várias cidades). Cada CAPS deve se constituir como referência de atenção para uma população que varia de 15.000 habitantes a 500.000 habitantes (conforme Quadro 3 deste Guia).

a. CAPS I e CAPS II

A atenção nestes serviços é feita 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 álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo (todos os dias da semana), semi-intensivo (alguns dias na semana), e não intensivo (uma vez por semana). A frequência do usuário CAPS será definida de acordo com as necessidades em um determinado momento.

Os CAPS I e II atendem crianças, adolescentes e adultos. Os CAPS I podem ser referência para uma população de, no mínimo, 15.000 habitantes e os CAPS II podem ser referência para uma população de, no mínimo, 70.000 habitantes. Funcionam apenas durante o dia.

Os CAPS I e II devem realizar:

- Acolhimento durante todo seu horário de funcionamento diurno.
- Atenção às crises;
- Cuidado, acompanhamento e tratamento dos usuários realizado por diferentes profissionais, conforme necessidade;
- Construção compartilhada (trabalhadores, usuários e familiares) do Projeto Terapêutico Singular;

- Realização de atividades em espaços coletivos (oficinas, grupos e assembleias de usuários);
- Articulação com recursos do território para a construção de redes de apoio e para a promoção de inserções sociais, sempre considerando as necessidades e possibilidade de cada usuário, a promoção de cidadania e de autonomia;
 - Realização de visitas domiciliares e busca ativa;
 - Atendimento aos familiares;
- Compartilhamento do cuidado com as equipes de saúde mental da APS, centros de convivência, serviços residenciais terapêuticos, unidades de acolhimento, consultório de rua e com outros serviços da rede de saúde ou de outros setores;
 - Realização de reuniões da equipe do CAPS e também com outras equipes de saúde do território de abrangência para discussão de casos, construção do manejo, avaliação e programação de exames ou consulta compartilhada;
 - Acompanhamento e articulação da atenção com os leitos de saúde mental em hospital geral;
 - Realização de ações de cuidado orientadas pela redução de danos;
 - Participação e realização de reuniões de matriciamento com os outros pontos de atenção da rede;
 - Registro dos atendimentos realizados no sistema oficial de informação.

b. CAPS III

Os CAPS III devem funcionar 24 horas em todos os dias da semana, inclusive fins de semana e feriados. Portanto, além de realizar as ações previstas para os CAPS I e II, devem realizar acolhimento e atendimento às situações de crise em todo o seu horário de funcionamento. Contam com leitos de retaguarda e hospitalidade noturna para usuários que têm necessidade de acompanhamento intensivo. Podem ser implantados em municípios ou regiões com população acima de 200 mil habitantes. Os CAPS III são fundamentais para a criação de uma rede efetivamente substitutiva aos hospitais psiquiátricos.

c. CAPS II AD (Álcool e outras Drogas)

Os CAPS AD II devem acolher e ofertar atenção às pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas em condições graves e/ou em situações de crise em todo o seu horário diurno de funcionamento. Os CAPS AD são serviços abertos e territorializados que devem adotar a Redução de Danos e Atenção Psicossocial em seu modo de atenção. Contam com equipes multidisciplinares e devem realizar as atividades previstas para os CAPS I e II. Os

CAPS AD II têm como finalidades a produção de cuidado em saúde, de vínculos sociais, de cidadania, de autonomia e de modos de regulação do uso de drogas (BRASIL, 2003; 2012).

Os CAPS AD II devem atender adultos ou crianças e adolescentes, considerando o previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente. Podem ser implantados em municípios ou regiões com população superior a 70 mil habitantes.

d. CAPS AD III

Os CAPS AD III devem acolher e ofertar atenção às pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas em condições graves e/ou em situações de crise durante as 24 horas do dia, em todos os dias da semana, inclusive fins de semana e feriados. Contam com equipes multidisciplinares. Devem adotar o modo de atenção previsto para o CAPS II AD e realizar as ações previstas para os CAPS I e II, além do acolhimento e atendimento noturnos. Atendem adultos ou crianças e adolescentes, considerando o previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente.

Assim como o CAPS II AD, têm como finalidades a produção de cuidado em saúde, de vínculos sociais, de cidadania, de autonomia e de modos de regulação do uso de drogas (BRASIL, 2003; 2012).

Podem ser implantados em municípios com mais de 150.000 habitantes.

PARA CONHECER MAIS SOBRE O CUIDADO A PESSOAS EM USO PREJUDICIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, ACESSE:



» O webinar “Os desafios do cuidado em liberdade às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas” produzido pela ESP-MG em parceria com a DSMAD da SES MG:

Link: <https://www.youtube.com/watch?v=lhpS629Iivo>

» O artigo “Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas”, de Vânia Sampaio Alves.

Link: <https://www.scielo.br/j/csp/a/c5srmqDwSkzCmzCcqrmtwzM/?format=pdf&lang=pt>

PARA CONHECER MAIS SOBRE O CUIDADO NO CAPS AD, LEIA OS ARTIGOS:



» Das proposições da política às práticas dos serviços: há novidades nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas:

Link: <https://www.scielo.br/j/physis/a/PdsGKPNhYyXRY4Jhdx7KV8v/?lang=pt>

» Contribuições de serviços de saúde às pessoas que usam drogas: da exclusividade da produção da abstinência à ampliação das possibilidades de vida.

Link: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3389>

e. CAPS i (Infanto- Juvenil)

Os CAPS i atendem crianças e adolescentes com sofrimentos/adoecimentos mentais e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas em condições graves ou em situações de crise. Contam com equipes multiprofissionais e devem realizar as ações previstas nos CAPS I e II. Na atenção às crianças e adolescentes, o compartilhamento do cuidado e articulação de redes com outros setores (educação, cultura, lazer, com sistema socioeducativo etc.) são especialmente importantes.

Podem ser implantados em municípios com mais de 150.000 habitantes.

PARA CONHECER MAIS SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL A CRIANÇAS E ADOLESCENTES, ACESSE:



» O webinar “ O porvir do cuidado em liberdade da infância e da adolescência” produzido pela ESP-MG em parceria com a DSMAD da SES MG:

Link: <https://www.youtube.com/watch?v=Lm92i4zljzl>

» O documento “Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos” produzido pelo Ministério da Saúde e pelo Conselho Nacional do Ministério Público.

Link: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf

» A Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde.

Link: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf

5.5.3 Atenção de urgência e emergência

As situações de urgência e emergência são atendidas em diferentes pontos da RAPS. Dentre eles, destacamos: CAPS, Unidades de Pronto Atendimento (UPAS), Unidades Básicas de Saúde, Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU). No entanto, alguns destes serviços têm dificuldades para atender as pessoas com sofrimentos/adoecimentos mentais ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas. É muito importante que profissionais de saúde mental da gestão ou da atenção promovam sensibilizações e articulações para que a atenção às crises possa ocorrer nos diversos serviços da rede de saúde.

a. SAMU

O SAMU pode realizar o 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 álcool e outras drogas. Pode atuar de maneira articulada com os CAPS buscando mobilizar os serviços e os recursos necessários para a atenção no momento da crise e também para dar continuidade ao cuidado.

b. UPA

A UPA pode realizar o atendimento às situações de crise, sobretudo, em situações em que os usuários apresentam intercorrências clínicas, durante as 24 horas do dia. Pode atuar de modo articulado como a Atenção Básica/ Primária, com os CAPS, hospitais gerais, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços da rede de saúde.

5.5.4 Atenção residencial de caráter transitório

Unidade de Acolhimento

As Unidades de Acolhimento ofertam cuidados contínuos, com funcionamento de vinte e quatro horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de 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. A permanência na Unidade de Acolhimento deve ser definida no Projeto Terapêutico Singular de maneira compartilhada com o CAPS AD de referência. As Unidades de Acolhimento podem atender, de modo exclusivo, adultos (Unidade de Acolhimento) ou adolescentes (Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil). Estes serviços devem participar de reuniões com os outros pontos de atenção da rede para discussão de casos e articulação de redes.

5.5.5 Atenção Hospitalar

Leitos de Saúde Mental em hospitais gerais

Os leitos de saúde mental nos hospitais gerais fazem parte da RAPS como pontos de atendimento e apoio para situações em que é necessário um cuidado mais próximo e monitoramento mais intensivo. Na maioria das vezes, os leitos são utilizados em momentos mais agudos ou de crises em saúde mental, sobretudo em municípios que não possuem CAPS ou nos momentos em que os CAPS I e II não funcionam. Os leitos em hospitais gerais podem também oferecer suporte hospitalar na atenção às pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas, sobretudo nas crises de abstinência e nos quadros de intoxicação aguda.

A atenção nos leitos deve acontecer em articulação com as equipes de Saúde Mental do território, através da elaboração conjunta do PTS, avaliando e pactuando as decisões, incluindo o que o usuário diz e espera da internação.

Essa lógica é diferente da proposta do hospital psiquiátrico especializado que já demonstrou seu potencial cronificante, pouco efetivo, e com a tendência a violação de direitos, limitando a produção de autonomia e, portanto, da cidadania.

O tempo de permanência na internação depende de vários fatores. Enquanto o usuário estiver internado, a continuação do cuidado no território deve ser articulada. O tempo de permanência no hospital-geral deve ser o menor possível, entendendo que toda internação, seja por questões clínicas orgânicas, ou na saúde Mental, não é uma situação confortável para o usuário, sendo em geral um momento de tensão e estresse para ele.

Os usuários internados nos leitos de Saúde Mental devem ter acesso, quando necessário, à avaliação e cuidados de outras especialidades, sem qualquer discriminação.

A alta será sempre articulada e planejada junto com a equipe do território de modo a favorecer a continuidade do tratamento e a integralidade do cuidado.

As equipes devem trabalhar para garantir que os direitos sejam respeitados, devem garantir as decisões dos usuários quanto ao seu tratamento, preservando a autonomia e trabalhando para ampliar esta capacidade de decisão e de autonomia.

PARA SABER MAIS SOBRE A ATENÇÃO EM LEITOS DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAIS GERAIS, ACESSE:



Os webinários produzidos pela ESP -MG, em parceria com DSMAD SES-MG:

» Webinário1: “Leitos de saúde mental em hospitais gerais: contribuições e desafios para o cuidado nas RAPS”.

Link: <https://www.youtube.com/watch?v=Slbsf6itGQ&t=6s>

» Webinário2: “Leitos de saúde mental em hospitais gerais: quais práticas de atenção têm sido produzidas?”

Link: <https://www.youtube.com/watch?v=tYfcYHAZ-7Y>

» Webinário 3: “Atenção em leitos de saúde mental em hospitais gerais: compartilhando experiências das RAPS”.

Link: <https://www.youtube.com/?v=Hdc0KQpldoc&list=PLN0b2nckGjtfF9tACHiQGPb4dhpXelP5A&index=3>

PARA SABER MAIS SOBRE A REGULAÇÃO DOS LEITOS DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAIS GERAIS, ACESSE:

» O webinário produzido pela DSMAD SES-MG, no canal do Youtube da ESP-MG - Protocolo e diretrizes assistenciais e de regulação de leitos de saúde mental:

Link: <https://www.youtube.com/watch?v=BsyV7P1drHo&t=4s>

Regulação dos leitos de saúde mental em hospital geral

Em Minas Gerais, o acesso aos leitos de saúde mental em hospitais gerais tem sido regulado pelas Centrais Regionais de Regulação Assistencial da Macrorregião. A solicitação de internação no Sistema SUSfácilMG pode ser feita pelas instituições hospitalares com leitos de saúde mental, pelos CAPS III e CAPS AD III e pelas portas de urgência (UPA e SAMU). Quando o município não possuir nenhum destes serviços, deve encaminhar o usuário para algum deles, de acordo com a grade de referência do município, para que a internação/transferência seja solicitada.

Cabe à Central Regional de Regulação Assistencial da macrorregião de saúde, o deferimento da solicitação e o encaminhamento do usuário para o leito disponível, conforme a grade de referência do município. Para responder à solicitação de leito, a Regulação considera os critérios clínicos de gravidade e de prioridade já estabelecidos no “Protocolo e Diretrizes assistenciais e de Regulação de leitos de saúde mental em hospital geral e psiquiátricos”.

Quando o município ou região não possuem leitos de saúde mental em hospital geral, o usuário será encaminhado para um leito em hospital psiquiátrico de acordo com a grade de referência, em caráter excepcional.

Considerando que os CAPS - em todas suas modalidades – são ordenadores do cuidado, é crucial que na ocorrência de transferências/internações, os trabalhadores dos CAPS de referência do território sejam contactados. É importante que a equipe ou técnico de referência do usuário no CAPS considere a internação no Projeto Terapêutico Singular (PTS) e possa acompanhá-la – mesmo que por telefone. Além disso, é importante a participação da equipe de referência na articulação da rede, necessária após a alta do leito em hospital geral.

5.5.6 Estratégias de Desinstitucionalização

a. Serviço Residencial Terapêutico (SRT)

Os Serviços Residenciais Terapêuticos são moradias destinadas às pessoas com transtorno mental, egressas de hospitais psiquiátricos e/ou hospitais de custódia por período de 2 anos ou mais ininterruptos, em situações em que há rompimento de vínculo sociofamiliar, quando não é possível viver em outros locais como pensões e mesmo em um imóvel alugado ou próprio. O SRT deve favorecer o convívio social, a reabilitação psicossocial e a cidadania. É espaço de promoção de laços afetivos e de retomada da vida na cidade.

O SRT deve articular com outros serviços da RAPS (CAPS, Centros de Convivência e APS) para garantir o cuidado em saúde e em saúde mental necessário para cada morador. O SRT deve se ocupar de aspectos do cotidiano dos usuários que permitem a inserção e a vida nas cidades. Muitas vezes, articulações com outros setores e com a comunidade (educação, trabalho, cultura, vizinhos, comércio etc.) são necessárias para que os moradores possam se apropriar dos espaços da cidade e para que a cidade possa acolher e conviver com os moradores. Os profissionais que atuam nas casas devem realizar ações junto às secretarias municipais de saúde para viabilizar o benefício do Programa de Volta para Casa para os moradores do SRT.

b. Programa de volta para casa (PVC)

O Programa de Volta para Casa é uma política pública de inclusão social, instituída pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que visa contribuir e fortalecer o processo de desinstitucionalização. Prevê o auxílio reabilitação para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência provenientes de internação em hospital psiquiátrico ou hospital de custódia por período igual ou superior a dois anos ininterruptos. Para que os usuários possam receber o auxílio, os municípios deverão aderir formalmente ao Programa através de Termo de Adesão e Habilitação. O município, por intermédio dos profissionais da

RAPS (CAPS e SRT), deve realizar a solicitação de cadastro de novos beneficiários por meio de envio de documentação comprobatória. Cada município deverá indicar uma Referência Técnica do PVC para realizar o acompanhamento e o monitoramento do PVC.

Para mais informações, entre em contato com o Ministério da Saúde via e-mail: devoltaparacasa@saude.gov.br

PARA SABER MAIS SOBRE A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO, ACESSE:



» O webinar produzido pela DSMAD SES-MG, no canal do Youtube da ESP-MG - A desinstitucionalização como resgate e afirmação da cidadania:

Link: <https://www.youtube.com/watch?v=bzg0pwpmrUQ>

5.6 Fluxos do cuidado na RAPS

A criação de fluxos pode contribuir para definir as funções de cada serviço da RAPS, bem como para estabelecer as relações entre eles. Os fluxos são estratégias importantes para organização da rede de serviços, bem como para favorecer o acesso dos usuários a eles. Para que sejam reconhecidos, os fluxos devem ser criados e pactuados por gestores e por representantes dos diferentes serviços que compõem a rede de saúde do município (Unidades Básicas de Saúde, Centros de Convivência, Consultório na Rua, diversos CAPS, UPA, SAMU, Hospitais gerais, Unidade de Acolhimento, SRT etc.).

No âmbito da RAPS, o CAPS frequentemente se constitui como porta de entrada dos usuários. Este serviço deve sempre acolhê-los, a equipe deve discutir os casos e construir os encaminhamentos. Em situações de crises, se necessário, os CAPS I e II podem contar com os CAPS III regionais, leitos de saúde mental em hospitais gerais ou com leitos em hospitais psiquiátricos. Em outras situações, os encaminhamentos podem envolver o compartilhamento de cuidado com outros pontos de atenção, assim como a inserção do usuário em algum outro ponto da RAPS.

Além do CAPS, a Atenção Primária à Saúde (APS) e os serviços da Rede de Urgência e Emergência (UPA, SAMU, Pronto Socorro, dentre outros) também são portas de entrada para o cuidado em saúde mental.

O fluxo a ser preparado pela APS deve envolver acolhimento, acompanhamento, construção do projeto terapêutico singular, matriciamento e também o encaminhamento para outros serviços, conforme gravidade e complexidade do quadro clínico e psicossocial apresentado pelo usuário.

No que tange os serviços da Rede de Urgências e Emergências, as crises devem ser aten-

didadas e ser manejadas conforme protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas do SUS. Os usuários posteriormente podem ser encaminhados para serviços hospitalares, para serviços de atenção psicossocial ou para a atenção primária.

O acesso ao cuidado em saúde mental pode acontecer nos diferentes serviços de saúde, é fundamental garantir que o usuário seja acolhido onde ele conseguir chegar. Após o acolhimento, é que o fluxo pactuado em cada município deve ser considerado. Os fluxos são importantes, mas não podem se transformar em barreiras de acesso. Os fluxos, pelo contrário, só se justificam se contribuírem para facilitar o acesso dos usuários aos serviços mais adequados, conforme suas necessidades.

5.7 Sistemas de Apoio e logísticos da RAPS

A RAPS conta com um sistema de apoio no SUS que disponibiliza materiais e serviços importantes para a sustentação do cuidado em saúde mental. Conta também com uma logística que deve favorecer o acesso dos usuários aos serviços de saúde conforme necessidade.

a. Farmácia

A farmácia disponibiliza medicamentos prescritos pelos profissionais da RAPS, quando for o caso.

b. Diagnóstico

Os exames laboratoriais necessários aos usuários da RAPS devem ser assegurados nos municípios ou nas regiões de saúde. É importante que fluxos sejam pactuados para a realização dos exames, desde a coleta até a análise laboratorial e resultados, conforme protocolos federais e estaduais.

c. Transporte em Saúde

O transporte deve viabilizar os fluxos de pessoas e produtos nas RAPS. O transporte, em algumas situações, é condição para acesso dos usuários aos serviços de saúde mental. É também o que pode viabilizar a abrangência regional de um CAPS ou de outro serviço da RAPS.

d. Regulação

A regulação deve organizar o acesso/fluxo dos usuários, tendo estes como premissa acesso equitativo e eficiente aos serviços da rede de saúde de acordo com suas demandas e necessidades. No SUS, em Minas Gerais, conforme descrito no subitem 5.5.5, o acesso aos leitos de saúde mental em hospitais gerais já está sendo regulado.



6 CONSIDERAÇÕES FINAIS



6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As proposições das políticas de Saúde Mental, tanto a nível nacional como estadual, produziram transformações significativas na atenção em saúde mental ofertada no SUS que passou a ser direcionada para a promoção de acolhimento, cuidado, cidadania, inclusão e autonomia das pessoas com sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

A RAPS, com a diversidade de diretrizes e serviços, é uma construção histórica que foi possível a partir de contribuições de trabalhadores de saúde, usuários, familiares, gestores públicos, pesquisadores e movimentos sociais.

Tanto a gestão como o cuidado na RAPS envolvem temas complexos que exigem sensibilidade e compreensão. As práticas realizadas, os avanços e os desafios devem sempre considerar os usuários, suas singularidades, necessidades e direitos.

Neste sentido, este Guia teve como objetivo traçar a história das políticas públicas de saúde mental, os processos envolvidos na gestão da RAPS, os serviços e as práticas de Atenção Psicossocial. Buscou favorecer a compreensão dos processos e desafios que envolvem a sustentação do cuidado em saúde mental nos territórios, bem como para o fomento de reflexões e ações que possam favorecê-lo.

A RAPS tem muito o que avançar, expandir e melhorar. É importante que isso se dê sempre a partir de diálogos com todos aqueles que nela trabalham e com todos aqueles que nela se cuidam. É importante reconhecer que isso só será possível em um contexto de fortalecimento do SUS e de outras políticas públicas.

Mesmo compreendendo as informações aqui disponibilizadas são datadas e que as políticas públicas se modificam, este Guia buscou contribuir para uma RAPS melhor capaz de promover o avanço do cuidado em saúde mental em Minas Gerais.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Domingos Sávio Nascimento et al. Reestruturação da atenção em saúde mental: situação atual, diretrizes e estratégias. In: AMARANTE, P(org). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. p195-202.
- ALVES, Vânia Sampaio. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, nov. 2009.
- AMARANTE, Paulo. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, Paulo et al (orgs). *Patologização e medicalização da vida: Epistemologia e Política*. São Paulo: Editora Zagodoni, 2018.
- ARBEX, Daniela. *Holocausto Brasileiro*. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- BARROS, Sônia; OLIVEIRA, Márcia Aparecida Ferreira de; SILVA, Ana Luísa Aranha e. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 41, n. spe, p. 815-819, dez. 2007.
- BIRMAN, Joel. A cidadania tresloucada. In: BEZERRA JR, Benilton; AMARANTE, Paulo (orgs). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SNAS nº 224 de 29 de janeiro de 1992. Brasília: Ministério da Saúde: 1992.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº106 de 11 de fevereiro de 2000. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº336 de 19 de fevereiro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM MS nº 2197 de 15 de outubro de 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infante-Juvenil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. OPAS. Brasília, novembro de 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº245 de 17 de fevereiro de 2005. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados - 3*, ano 01, nº 3. Informativo eletrônico. Brasília: Ministério da Saúde, dez. 2006.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3088 de 23 de dezembro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3090 de 23 de dezembro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 121 de 25 de janeiro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 122 de 25 de janeiro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 123 de 25 de janeiro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 130 de 26 de janeiro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 148 de 31 de janeiro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1615 de 26 de julho de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cadernos de Atenção Básica, n. 34. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde - Educação Permanente em Saúde: Reconhecer a produção local de cotidianos de saúde e ativar práticas colaborativas de aprendizagem e de entrelaçamento de saberes. Brasília, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional do Ministério Público. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados - 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: Ministério da Saúde, out. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Guia Estratégico de Cuidado de Pessoas com Necessidades Relacionadas ao Consumo de Álcool e Outras Drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação nº 3 de 28 de setembro de 2017 Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Uso de Medicamentos e Medicalização da Vida: recomendações e estratégias. Brasília: Ministério da Saúde 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. - Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Instrumento Normativo da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS no Sistema Único de Saúde (SUS) [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
- BRASIL. Presidência da República. Lei Federal n.10.216 de 06 de abril de 2001. Brasília, 2001.
- CAPONI, S; VALENÇA, MFV; VERDI, M; ASSMANN, SJ (orgs.). A Medicalização da Vida como estratégia de biopolítica. São Paulo: Editora LeberArs, 2013.

- CHIAVERINI, Dulce (org). Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.
- CLINICAPS. GLOSSÁRIO. Disponível em: https://www.maleclinicaps.com/clinicaps_glossario.html
- COSTA-ROSA, Abilio; YASUI, Silvio. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. Saúde em Debate, vol. 32, no. 78-79-80, 2008, pp.27-37.
- CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira; GONÇALVES, Renata Weber; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. Trabalho, Educação e Saúde [online]. 2020, v. 18, n. 3.
- DANTA, Jurema Barros. A infância medicalizada: discursos, práticas e saberes para o enfrentamento da medicalização da vida. Curitiba: Editora CRV, 2015.
- DELGADO. P (org.). O campo da Atenção psicossocial. Anais do Primeiro Congresso de Saúde Mental do Rio de Janeiro,RJ: Te Corá, 1997.
- DESINSTITUTE; WEBER, Renata (orgs). Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.2016/01. Brasília: [s.n.], 2021. – 84 p. – ISBN 978-65-996043-0-0
- DIAS, João Vinícius dos Santos; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Educação popular e saúde mental: aproximando saberes e ampliando o cuidado. Saúde em Debate [online]. 2022, v. 46, n. 132, pp. 188-199.
- FIRMINO, Hiram. Nos porões da loucura. Rio de Janeiro: Editora Codecri, 1982.
- CANGUILLEM, George. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.
- GOULART, Maria Stella Brandão. A política de saúde mental mineira: rumo à consolidação. Gerais, Rev. Interinst. Psicol., Juiz de fora , v. 8, n. spe, p. 194-213, dez. 2015 .
- LOBOSQUE, Ana Marta (org). Caderno Saúde Mental. Seminário Saúde Mental: Os Desafios da Formação, Belo Horizonte: ESP-MG. 2010. v. 3.
- MACHADO, Ana Regina, MODENA, Celina Maria e LUZ, Zélia Maria Profeta da. Das proposições da política às práticas dos serviços: há novidades nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas?. Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]. 2020, v. 30, n. 01, e300118.
- MACHADO, Ana Regina, MODENA, Celina Maria e LUZ, Zélia Maria Profeta da. Contribuições de serviços de saúde às pessoas que usam drogas: da exclusividade da produção da abstinência à ampliação das possibilidades de vida. Revista Saúde em Redes [online]. 2021, v.7, n.3.
- MINAS GERAIS. Assembleia Legislativa de Minas Gerais. Lei Estadual n. 11.802 de 11 de janeiro de 1995. Belo Horizonte, 1995.
- MINAS GERAIS. Deliberação SES/MG n.3767, de 22 de março de 2022. Aprova as diretrizes gerais dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS do Estado de Minas Gerais, que são cofinanciados pela Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas e pela Política de Atenção Hospitalar - Valora Minas, no âmbito do Estado de Minas Gerais e dá outras providências. Belo Horizonte, 2022.
- MINAS GERAIS. Resolução SES/MG Nº 5.461, de 19 de outubro de 2016. Institui a Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, estabelecendo a regulamentação da sua implantação e operacionalização e as diretrizes e normas para a organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2016.
- MINAS GERAIS. Resolução SES/MG nº 7168 de 19 de julho de 2020. Estabelece as regras de adesão, execução, acompanhamento, controle

e avaliação do incentivo financeiro de custeio, em caráter excepcional, destinado à realização de supervisão clínico-institucional nos Centros de Atenção Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Estado de Minas Gerais, nos termos que menciona. Belo Horizonte, 2020.

MINAS GERAIS. Resolução SES/MG Nº 7412, de 18 de fevereiro de 2021. Estabelece as regras de adesão, execução, acompanhamento, controle e avaliação do incentivo financeiro de custeio, destinado à implantação de serviço hospitalar de referência da Rede de Atenção Psicossocial do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2021.

MINAS GERAIS. Resolução SES/MG Nº 7728, de 22 de setembro de 2021. Estabelece as regras de adesão, execução, acompanhamento, controle e avaliação do incentivo financeiro de custeio, destinado à implantação de serviço hospitalar de referência da Rede de Atenção Psicossocial das Superintendências Regionais de Saúde de Teófilo Otoni e de Governador Valadares. Belo Horizonte, 2021.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Geral. Atenção em Saúde Mental_ Linha Guia. Belo Horizonte: [s.n.], 2006. 238p.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. Cad Saude Publica 2019; 35(11): e00156119

OMS. Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches. Genève: World Health Organization, 2021

TEMPERLY, Nicole Karina; NICOLAIKO, Slomp Helvo; SILVA, Milene Zanoni da. Do vínculo ao encontro cuidador: cartografias sobre o território identitário médico e o cuidado entre médicos de família e usuários. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2021, v. 25, e200341.

SARACENO, Benedito. A cidadania como forma de tolerância. Revista de Terapia Ocupacional. Universidade de São Paulo, v.22, n. 2, p. 93-101, maio/ago. 2011.

Gestão Estadual da RAPS

Atribuições da Diretoria de Saúde Mental, Àlcool e outras Drogas e das referências técnicas das Unidades Regionais de Saúde nos macroprocessos.

1. Acompanhamento e monitoramento das RAPS Estadual

Entre as atribuições da DSMAD encontram-se:

- Conhecer e se apropriar da Política Estadual de Saúde Mental, álcool e outras drogas, normativas vigentes sobre a saúde mental e notas técnicas temáticas produzidas pela DSMAD;
- Consolidar dados gerais referentes à RAPS a partir do acompanhamento realizado pelas URS;
- Dialogar com as Referências Técnicas das URS de modo a fortalecer as diretrizes assistenciais e ações da RAPS nos territórios;
- Acompanhar a cobertura da RAPS Estadual, identificando serviços existentes e vazios assistenciais por meio das informações enviadas pelas URS.
- Acompanhar de forma sistematizada os processos de pactuações que ocorrem nos municípios e regiões nas áreas de abrangência da URS;
- Elaborar parecer técnico nos processos de pactuações, conforme as diretrizes e parâmetros das normativas vigentes;
- Acompanhar a publicação de Portarias Ministeriais e outras publicações;
- Participar de reuniões sobre políticas públicas de saúde mental;
- Elaborar Notas Técnicas referentes à projetos de leis relacionadas a saúde mental;
- Realizar e participar de visitas técnicas e vistoria mediante uma denúncia, quando necessário e com o suporte da Unidade Regional de Saúde;
- Elaborar relatórios técnicos de visitas e vistorias realizadas nos serviços.

Entre as atribuições das Referências Técnicas de Saúde Mental das Unidades Regionais de Saúde, destacam-se:

- Acompanhar as publicações de portarias do Ministério da Saúde nos sites <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa> e <https://sismac.saude.gov.br/inicio>
- Acompanhar os serviços da RAPS, ofertando suporte técnico e orientações às equipes e municípios;
- Identificar vazios assistenciais dos municípios adscritos na Unidade Regional de Saúde e mobilizar gestores para a implantação dos serviços assistenciais necessários;
- Elaborar um diagnóstico da RAPS da região constando os serviços existentes e vazios existenciais;
- Elaborar um plano de ação da RAPS, com vistas a fomentar sua ampliação, considerando os parâmetros e as necessidades da região;
- Auxiliar na realização de pactuações de serviços nas microrregiões e macrorregiões de saúde, considerando a importância da oferta de cuidado mais próxima a residência do usuário;
- Emitir parecer técnico de forma qualificada sobre pactuação, qualificação de serviços da RAPS seguindo as diretrizes, PESMAD e parâmetros das normativas vigentes;
- Orientar os municípios quanto a elaboração de Projeto Institucional dos serviços da RAPS;
- Realizar visitas técnicas nos serviços da RAPS e vistorias em serviços mediante denúncia;
- Realizar reuniões sistematizadas com serviços e municípios;
- Instituir o Colegiado Regional de Saúde Mental, fóruns de discussão envolvendo a APS, CAPS, Leitos de saúde mental, SRT, SAMU, etc;
- Manter atualizado o cadastro dos contatos das referências técnicas dos municípios;
- Contribuir com as equipes locais de saúde mental nas articulações intersetoriais e interinstitucionais, participando quando necessário das mesmas, visando à inserção social dos usuários;
- Acompanhar e auxiliar nas discussões dos casos judicializados, de Internação Compulsória e Involuntária e emitir nota técnica à DSMAD a partir das informações emitidas pelos serviços envolvidos.

2. Desinstitucionalização: monitoramento, acompanhamento dos hospitais psiquiátricos

No processo de desinstitucionalização, a DSMAD possui as seguintes atribuições:

- Orientar e repassar informações sobre processo de desinstitucionalização às URS e municípios;
- Acompanhar as articulações referentes ao processo de desinstitucionalização dos usuários com medida de segurança que possuem cessação de periculosidade, juntamente com a Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública;
- Solicitar às URS apoio e articulações, inclusive com serviços da RAPS, necessários ao processo de desinstitucionalização dos usuários institucionalizados.
- Acompanhar e dar continuidade ao processo de desinstitucionalização de usuários internados nos hospitais psiquiátricos com leitos SUS;
- Levantar informações sobre a situação dos moradores de SRT e usuários do Programa de Volta para Casa;
- Acompanhar e realizar ações para o remanejamento de PPI e realocação de recursos referentes a leitos psiquiátricos;
- Apoiar ação de educação permanente sobre Serviços Residenciais Terapêuticos;
- Acompanhar e apoiar a elaboração de resoluções prevendo custeio para implantação de novas SRT.

As Unidades Regionais de Saúde da SES MG têm como atribuições:

- Articular com os municípios para assegurar a oferta de suporte para o processo de desinstitucionalização de usuários internados;
- Participar da articulação de redes setoriais de saúde e intersetoriais, criando condições para a oferta do cuidado no território;
- Apoiar as discussões da gestão do caso no sentido de enfatizar a importância do cuidado no território;
- Fomentar junto aos municípios estratégias que possam facilitar/efetivar os processos de desinstitucionalização;
- Orientar os municípios sobre o Programa de Volta para Casa;
- Manter atualizado dados sobre os moradores de SRT e Programa de Volta para Casa, disponível no processo SEI 1320.01.0014869/2020-21;
- Realizar ações, inclusive de sensibilização dos gestores, com vistas a fomentar a ampliação de serviços nos territórios, especificamente Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT);

- Apoiar e realizar ações de sua competência no processo de implantação e habilitação de SRT;
- Acompanhar os usuários que possuem cessação de periculosidade e as articulações realizadas para a desinstitucionalização juntamente com a Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública;
- Orientar os municípios quanto os critérios e papel da SRT, visto que é uma moradia destinada às pessoas que tiveram internação de 2 anos ou mais ininterruptos em hospital psiquiátrico ou hospital de custódia;
- Orientar os municípios nas articulações sobre a garantia dos direitos dos usuários e sobre a necessidade de promoção da reinserção social com dignidade e respeito a sua autonomia;
- Orientar os municípios de que, quando não houver vaga em SRT, existem outras estratégias de acolhimento conforme mencionado anteriormente.

3. Educação Permanente

Entre as atribuições do nível central com a educação permanente, temos:

- Realizar ações de educação permanente no Colegiado Estadual de Saúde Mental;
- Realizar articulações com a ESP-MG para a oferta de ações educacionais como oficinas, cursos livres, seminários, webnários e cursos de especialização;
- Auxiliar as Unidades Regionais de Saúde na realização de ações de educação permanente e na identificação de profissionais experientes para apoiá-las nos diferentes territórios;
- Articular e construir proposta de capacitação sobre saúde mental com outros setores da SES-MG;
- Participar de ações de educação permanente com vistas à qualificação profissional;
- Divulgar as informações sobre capacitações existentes na área da saúde mental para as Unidades Regionais de Saúde replicarem para os municípios.

As referências técnicas em saúde mental das Unidades Regionais de Saúde devem:

- Implementar os Colegiados Regionais de Saúde Mental de acordo com o previsto na Resolução SES/MG nº 5259 de 27 de abril de 2016;
- Utilizar o Colegiado como estratégia de educação permanente realizando ações de qualificação através de convite a participantes externos, bem como apresentação de experiências exitosas do território;

- Contribuir, no espaço do colegiado, para a formação em mecanismos de avaliação e monitoramento da RAPS (consolidação e análise dos dados de produção dos serviços no território, número de internações hospitalares etc.);
- Promover, no espaço do colegiado, a interlocução entre gestores estaduais e municipais de saúde mental, organizações da sociedade civil, entidades científicas, profissionais da saúde e de outras políticas setoriais;
- Orientar e sensibilizar os gestores quanto a importância das ações de educação permanente e supervisão clínica institucional;
- Participar e construir de forma coletiva ações de educação, como por exemplo, seminários temáticos e oficinas;
- Publicizar as ações de educação permanente promovidas pela DSMAD e ESP-MG junto aos municípios;
- Participar ativamente das ações educacionais desenvolvidas pela DSMAD e ESP-MG nas micro e macrorregiões;
- Divulgar as informações sobre capacitações existentes na área da saúde mental, bem como sobre a política de saúde mental para os profissionais atuantes nos serviços da RAPS.
- Sensibilizar trabalhadores da RAPS para participarem e desenvolverem ações de educação permanente em saúde mental.

4. Gestão de recursos financeiros estaduais e emendas

Neste macroprocesso, são atribuições da DSMAD:

- Elaborar minutas de deliberações e/ou resoluções e acompanhar a tramitação em várias áreas da SES até sua apresentação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), instância deliberativa do SUS;
- Articular este macroprocesso com todos outros buscando promover maior convergência e homogeneidade na construção e evolução da PESMAD;
- Realizar articulação com outras áreas da SES-MG: Assessoria Jurídica, Assessoria Estratégica, Assessoria de Comunicação, Diretorias de Programação Pactuada e Integrada, Superintendência de Atenção Primária à Saúde e Superintendências/diretorias da Subsecretaria de Inovação e Logística em Saúde;
- Realizar cadastros das Resoluções e seus respectivos termos contratuais (Termo de Compromisso ou Termo de Metas) no Sistema de Gerenciamento das Resoluções estaduais - SiG-RES;
- Acompanhar os ritos financeiros e trâmites administrativos das resoluções através

da solicitação de empenho, liquidação e ordem de pagamento;

- Analisar a existência de débitos estaduais e realizar conferências de arquivos e documentos do Sistema Integrado de Administração Financeira - SIAF;
- Orientar as Unidades Regionais de Saúde em relação aos trâmites das resoluções e repasses de recurso estadual, monitoramento e prazos;
- Assessorar o planejamento e a avaliação do Plano Plurianual de Gestão PPAG, realizando o acompanhamento da ação orçamentária da DSMAD através da inserção de dados nos sistemas de informação da SES (SIGPLAN);
- Avaliar processos referentes a repasses financeiros;
- Emitir Parecer Técnico para prestação de contas de Convênios e Emendas Parlamentares;
- Realizar o acompanhamento financeiro dos recursos estaduais destinados à ação orçamentária da DSMAD;
- Receber, avaliar e responder às demandas externas advindas das Unidades Regionais de Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Assembleia Legislativa de Minas Gerais, Conselho Estadual de das Secretarias Municipais de Saúde - COSEMS/MG, etc;
- Sistematizar e consolidar dados e status do acompanhamento das resoluções estaduais, emendas e correlatos promovendo a gestão do conhecimento da DSMAD.

Neste macroprocesso, as referências técnicas de saúde Mental das URS devem:

- Acompanhar sistematicamente a publicação das resoluções;
- Enviar informações técnicas sobre recursos estaduais e de emendas parlamentares repassados aos municípios à DSMAD;
- Identificar os municípios adscritos na regional;
- Identificar e conferir os serviços no CNES;
- Sistematizar as informações técnicas em instrumentos com vistas a atualização periódicas a regional e DSMAD;
- Acompanhar as publicações de portaria do Ministérios da Saúde referentes a repasse de recursos e habilitação de serviços;
- Realizar a análise dos serviços existentes comparando as regulações vigentes;
- Repassar ao nível central informações atualizadas sobre serviços implantados e habilitados necessárias à programação de recursos e elaboração de resoluções anuais;
- Acompanhar as resoluções estaduais e notas técnicas publicadas com vistas a orien-

tar os municípios;

- Realizar o acompanhamento e monitoramento das resoluções, conforme previsto nas normativas repassando as informações a DSMAD através de processo SEI;
- Realizar a análise das resoluções publicadas para tal é essencial seguir algumas etapas, visto que é fundamental a participação das URS em todo o processo;
- Para construção da lista de beneficiários: Realizar conferência dos serviços que cumprem os critérios da minuta, dentro do prazo informado pela DSMAD;
- Para termo de compromisso: Auxiliar acompanhamento para que os municípios não percam o prazo para assinatura do termo de compromisso;
- Para recebimento do recurso:
 - a. Solicitar previamente que os municípios ativem as contas bancárias;
 - b. Preencher atesto/ parecer técnico para monitoramento dos indicadores da resolução, dentro do prazo estabelecido;
 - c. Realizar agrupamento das informações atestadas pelos gestores municipais no ato do monitoramento do indicador.
 - d. Para validação dos resultados:
 - e. Comunicar os gestores para validarem seus resultados alcançados dentro do prazo, evitando que o sistema valide automaticamente;
 - f. Realizar a reunião temática de acompanhamento nos casos em que o gestor municipal não concordar com os resultados alcançados e auxiliar na interposição de recurso.

5. Internação compulsória

As atribuições da DSMAD neste macroprocesso são:

- Realizar análise do processo e direcionar as Unidades Regionais de Saúde que deverão fazer contato com o município;
- Repassar as informações da articulação realizada nos territórios ao NJS;
- Realizar apoio técnico e orientações à Unidades Regionais;
- Realizar ações de sensibilização e orientação aos operadores do Direito.

Já as Unidades Regionais devem:

- Acompanhar o processo de judicialização da Saúde Mental, redirecionando o fluxo

das solicitações de internações compulsória para os serviços da RAPS, apoiando as discussões de casos com os municípios, conforme redirecionamento do Núcleo de Judicialização da Saúde (NJS);

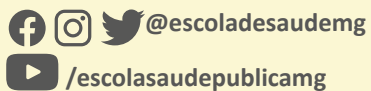
- Orientar os municípios sobre a importância de realizar diálogos e construções sobre o caso de forma ampliada, envolvendo serviços e equipes de diferentes setores na perspectiva de fortalecer o cuidado no território;
- Orientar os municípios sobre a importância de estabelecer diálogos com os operadores de Direito;
- Apoiar e contribuir com estratégias com vistas a reduzir os processos de judicialização em saúde mental e a fomentar a ampliação/articulação de redes de atenção nos territórios;
- Orientar os municípios para que produzam respostas ao Judiciário sempre a partir da lógica de oferta de cuidado no território prevista na PESMAD e das orientações e fluxos previstos nas notas técnicas produzidas pela DSMAD;
- Atualizar-se sobre normativas técnicas e jurídicas.



Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais

Coordenação de Política,
Planejamento e Gestão em Saúde

www.esp.mg.gov.br



Secretaria de Estado de Saúde do Estado de Minas Gerais

Diretoria de Saúde Mental, Álcool e
Outras Drogas

www.saude.mg.gov.br



SAÚDE



**MINAS
GERAIS**

GOVERNO
DIFERENTE.
ESTADO
EFICIENTE.