



CAPS *Cuidado em Ação*

ORGANIZADORES

Marcia Naomi Santos Higashijima

Wellington Rodrigues de Almeida

Michele Scarpin Ramos

Campo Grande | MS

2023

GOVERNADOR

EDUARDO CORRÊA RIEDEL

VICE-GOVERNADOR

JOSÉ CARLOS BARBOSA

SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE

MAURÍCIO SIMÕES CORRÊA

SECRETÁRIA ADJUNTA DE ESTADO DE SAÚDE

CRHISTINNE CAVALHEIRO MAYMONE GONÇALVES

DIRETOR-GERAL DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

ANDRÉ VINICIUS BATISTA DE ASSIS

DIRETOR ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DR. JORGE DAVID NASSER

ANDRÉ VINICIUS BATISTA DE ASSIS

GERÊNCIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM GESTÃO E ATENÇÃO À SAÚDE (GEPAS)

MARCIA NAOMI SANTOS HIGASHIJIMA

EQUIPE GEPAS

RODRIGO RODRIGUES DE MELO

TÂNIA RUTH ORTIZ PEREIRA

DANIELA REIS DA COSTA HERTER

Autores

Deisy Helloise de Macedo Penze

Flávio Arce da Silva

Wellington Rodrigues de Almeida

Marcia Naomi Santos Higashijima

Revisão

Wellington Rodrigues de Almeida

Revisão Final

Marcia Naomi Santos Higashijima

Diagramação

Breda Naia Maciel Aguiar

Otávio de Oliveira Guimarães

Administração Moodle

Marcia Naomi Santos Higashijima

Wellington Rodrigues de Almeida

ficha catalográfica

Sumário

CAPÍTULO I

A SAÚDE MENTAL COMO POLÍTICA PÚBLICA.....	6
Parte I: Reforma Psiquiátrica.....	7
Parte II: Política Pública de Saúde Mental.....	10
Parte III: Rede de Atenção Psicossocial.....	14
Parte IV: Pontos de Atenção da RAPS e suas Atribuições.....	16

CAPÍTULO II

CONSTITUIÇÕES DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	21
Parte I: Território.....	22
Parte II: Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).....	23
Parte III: Manejo das Situações de Crise.....	32

CAPÍTULO III

FERRAMENTAS ESTRATÉGICAS PARA O CUIDADO.....	38
Parte I: Acolhimento.....	39
Parte II: Clínica Ampliada.....	45
Parte III: Matriciamento.....	48
Parte IV: Projeto Terapêutico Singular.....	50
Parte V: Visita Domiciliar.....	54
Parte VI: Articulação Inter e Intrasetorial.....	56
Parte VII: Oficinas Terapêuticas.....	58
Parte VIII: Sistema de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde.....	60

Apresentação

Desde a publicação da Lei nº 10.216/2001 estados e municípios se mobilizam para a mudança do modelo assistencial previsto, procurando implantar serviços e organizar ações a partir das normativas propostas pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 3.088/2011.

A Rede de Atenção Psicossocial é uma poderosa estratégia para realmente redirecionar o modelo assistencial em saúde mental e efetivar o que foi proposto pelo movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira com serviços de base territorial.

Nesse sentido, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é o ponto estratégico habilitado para prestar o cuidado em atenção psicossocial para pessoas com transtorno mental grave e persistente e seus familiares, buscando preservar a cidadania da pessoa, o tratamento no território e seus vínculos sociais.

Para que o CAPS possa acontecer na sua totalidade, é primordial que os trabalhadores nele inseridos sejam qualificados e entendam seu papel, as atribuições do serviço e, a Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser tem um papel fundamental na formação desses trabalhadores do Sistema Único de Saúde, com planejamento metodológico, tomando como referência as necessidades e a realidade de saúde do território, transformando as práticas e a organização do trabalho em saúde, por meio da reflexão crítica desses profissionais quanto a seus processos cotidianos de trabalho.

A oferta do Curso CAPS - Cuidado em Ação, que resultou neste e-book, traz como proposta uma reflexão sobre as práticas de cuidado desenvolvidas nos CAPS, propondo para o trabalhador do SUS um olhar para o cuidado ofertado atualmente, mas também mostrando estratégias e ferramentas a serem realizadas no serviço visando a melhoria dos processos de trabalho, fortalecendo o atendimento à população.

Aproveitem este material como ferramenta de trabalho.

Michele Scarpin Ramos

*Coordenadora das Redes de Atenção à Saúde
Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul*

Capítulo I

A SAÚDE MENTAL COMO POLÍTICA PÚBLICA

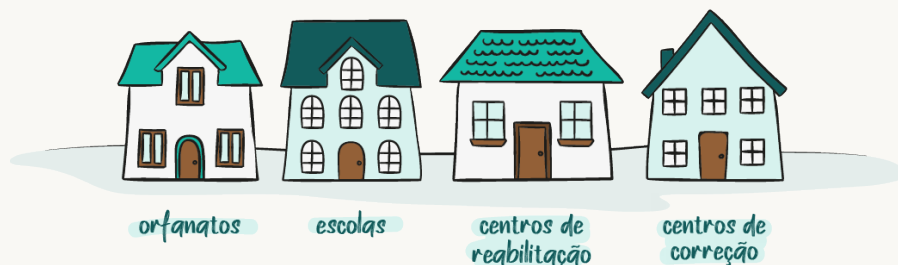
*Deisy Helloise de Macedo Penze
Wellington Rodrigues de Almeida
Marcia Naomi Santos Higashijima*

PARTE I

REFORMA PSIQUIÁTRICA

Para a construção da **Reforma Psiquiátrica** foram necessários muitos anos de transformações a respeito do conceito de hospital e do próprio entendimento em torno do transtorno mental. Percorrendo brevemente pela trajetória desta evolução é importante levar em consideração que a própria instituição hospitalar passou por várias transformações no seu papel e função diante da sociedade, como por exemplo, no princípio o Hospital foi criado como instituição de caridade para abrigar pessoas pobres, mendigos, doentes, onde poderiam receber alimentação, cuidados de saúde e religiosos, posteriormente passou a ter um papel social e político, onde as autoridades reais e judiciárias determinavam quais indivíduos seriam internados, com o principal interesse de fazer o controle social, separando e retirando do convívio em sociedade todo indivíduo que interferisse na ordem social (AMARANTE, 2007).

Foi a partir de 1656 que começaram a surgir os primeiros movimentos de **humanização nos Hospitais**, por um grupo de médicos franceses que identificavam muitas internações que aconteciam de forma autoritária e repressiva, e deram início a práticas que foram desde a liberação de internos que ali estavam devido abuso de autoridade, como a criação de orfanatos, escolas, centros de reabilitação e centros de correção (AMARANTE, 2007).



Assim, os hospitais passaram a ter um novo papel, o de tratar enfermos e ter os critérios de internações estabelecidos por médicos (AMARANTE, 2007).

saúde mental

Transtornos Mentais

Assim como o Hospital, o conceito de **saúde mental** também passou por várias transformações para chegarmos até a definição de **Transtornos Mentais**. A loucura e os loucos que antes eram vistos como manifestações dos deuses ou demônios, feitiços... nos anos de 1793 passaram a ser vistos como alienados, ou seja, fora de si, da razão, da realidade.



Neste momento, o médico francês Philippe Pinel inicia a proposta de **tratamento asilar**, de isolamento total destes indivíduos nos hospitais por entender que a causa do adoecimento dessas pessoas estava em seu meio social, familiar e desta forma além de promover a cura por afastá-los daquilo que os adoeceria, seria possível também observar e estudar a doença em tempo integral, adquirindo aprendizado sobre a mesma (AMARANTE, 2007).

<https://www.britannica.com/biography/Philippe-Pinel>

Assim como as tecnologias, o próximo grande avanço no modelo de psiquiatria ocorreu com a **Segunda Guerra Mundial**, pois estas instituições asilares, consideradas como inovadoras na época, passaram a ser observadas e questionadas pela sociedade por identificarem semelhanças nas condições de vida oferecidas ali como nas dos campos de concentração, com absoluta ausência de dignidade humana (AMARANTE, 2007).

Foi neste momento que diversos países começaram a repensar seus modelos de psiquiatria. Médicos da Inglaterra, começaram a apresentar modelos de Grupos Operativos após utilizarem o potencial dos próprios pacientes em seus tratamentos, por meio de reuniões para discutir planos e projetos, como uma medida para lidar com o considerável aumento do número de pacientes devido aos danos psicológicos causados pela guerra.

Os Estados Unidos, por sua vez, introduziram o conceito de Psiquiatria Preventiva com a proposta de **desinstitucionalização**, um conjunto de medidas para reduzir o número de pacientes internados, o tempo de duração das mesmas e garantir o tratamento desses pacientes após a alta hospitalar com o intuito de evitar a reinternação, criando assim os **Centros de Saúde Mental** (AMARANTE, 2007).



A Reforma Psiquiátrica brasileira teve a Itália como espelho, onde na década de 70 o psiquiatra **Franco Basaglia** criou como medidas sociais os **Centros de Saúde Mental**, que foram inseridos como serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. A proposta era tornar os hospitais como recurso restrito apenas para os casos de transtornos mentais considerados graves, e aqueles que comprovadamente não seria possível tratar em liberdade; distribuindo esses Centros de Saúde Mental em regiões estratégicas para que pudessem assumir de forma integral as questões relacionadas à saúde mental de cada território (AMARANTE, 2007).

Imagem: <https://blog.cenatcursos.com.br/franco-basaglia/>

PARTE II

POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL

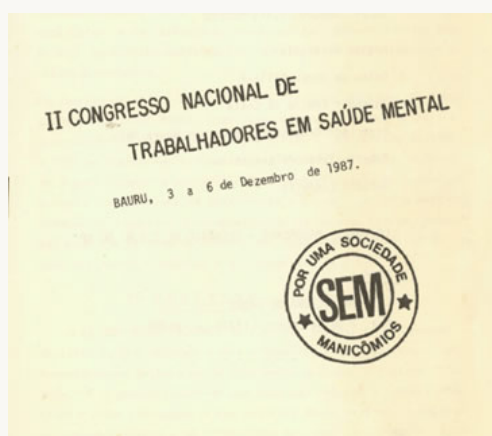
MANUELA CASTRO entrevista pessoas que estiveram na Colônia, hospital psiquiátrico de Barbacena, considerado como o Holocausto Brasileiro.

ASSISTA AQUI

ou acesse o GR Code



Podemos dizer que a **Reforma Psiquiátrica** é uma consequência natural da transformação e evolução da própria ciência, onde o **indivíduo** passa a ser visto como **primeiro plano** ao invés da doença. No Brasil, foi em **1978** que os **movimentos sociais** em prol dos **direitos dos pacientes psiquiátricos** ficaram mais efetivos, como denúncias de violências nos manicômios, críticas ao modelo hospitalocêntrico, a comercialização da loucura. Estes movimentos foram organizados por associações de profissionais, familiares e pessoas com longo histórico de internações (BRASIL, 2005).



Estas ações se fortaleceram juntamente com o **II Congresso Nacional do MTSM** (Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental) no ano de 1987, com o surgimento das primeiras propostas e ações para reorientação da assistência em saúde mental (BRASIL, 2005).

Imagem: <https://laps.ensp.fiocruz.br/linha-do-tempo/61>



DUAS DÉCADAS DE REFORMA PSIQUIÁTRICA NO SUS

Por: André Antunes (EPSJV/Fiocruz)

CLIQUE AQUI

ou acesse o *GR Code*



Em 1989, a cidade de Santos – SP foi a primeira a estruturar suas práticas de intervenção para desinstitucionalização nos hospitais psiquiátricos, baseados no modelo seguido pela Itália, criando os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionavam 24 horas por dia. A prática foi tão exitosa que se tornou um marco nacional da Reforma Psiquiátrica no Brasil, por demonstrar na prática o quanto a Reforma Psiquiátrica era possível de ser alcançada (BRASIL, 2005).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 1988, teve um papel fundamental nesta experiência, haja vista que o processo da Reforma se caracteriza por ações dos governos federal, estadual e municipal para o redirecionamento ao modelo de atenção comunitário (BRASIL, 2005).

O **projeto de lei para a Reforma Psiquiátrica** foi proposto em 1989 pelo deputado de Minas Gerais, Paulo Delgado, contudo a mesma só foi sancionada 12 anos depois, visando regulamentar os direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios, direcionando a assistência em saúde mental em serviços de base comunitária, com a **Lei nº 10.216/2001**.

Foi por meio desta lei que linhas de financiamento foram criadas pelo **Ministério da Saúde** para a criação de uma rede integrada de atenção à saúde substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, e garantir a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos (BRASIL, 2005).

O processo de desinstitucionalização como política pública ficou ainda mais fortalecido com a implementação de ações, como:

- A **CRIAÇÃO DO PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA**, que proporciona subsídio para reintegração social do usuário;
- As **RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS** que facilitam garantia dos direitos de morar e de circular nos espaços da cidade e da comunidade;
- A **IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS** para questão de álcool e drogas, bem como **ESTRATÉGIAS** de redução de danos (BRASIL, 2005).

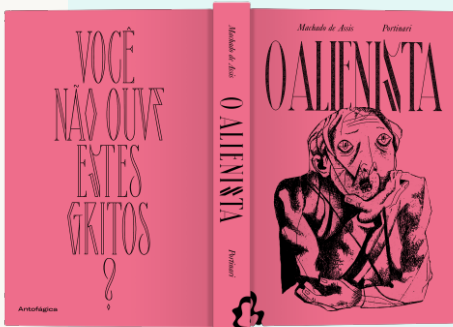


SAIBA MAIS
CLIQUE AQUI
ou acesse o **GR Code**



Todo conjunto de transformações e inovações contribuem para a construção de uma nova perspectiva social em relação aos transtornos mentais e aos sujeitos em sofrimento, que não seja de rejeição ou tolerância, mas de reciprocidade e solidariedade. Desta forma, a Lei nº 10.216/2001 promove a **garantia de direito e de proteção** das pessoas acometidas de transtorno mental de qualquer tipo de discriminação, a ser tratada com **humanidade e respeito**, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, trabalho e comunidade, **ao direito de livre acesso a sociedade**, a assistência médica, aos veículos de comunicação, aos tratamentos menos invasivos possíveis.

VOCÊ SABIA?

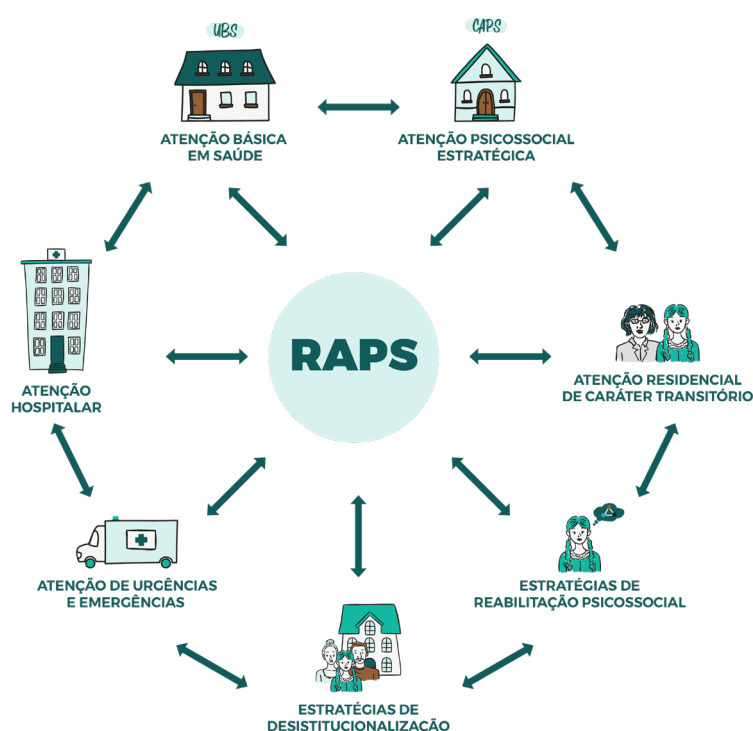


A obra literária brasileira **“O Alienista”**, de Machado de Assis, é uma crítica ao modelo de hospital psiquiátrico. Nela, você pode encontrar pontos que fazem menção ao Hospital Psiquiátrico Pedro II (primeiro hospício brasileiro) e ao debate sobre a normalidade/anormalidade, a mensagem de como a ciência é produtora de verdade e sobre o mito da neutralidade científica (AMARANTE, 2007; ASSIS, 1882).

Imagem: <https://www.antofagica.com.br/produto/o-alienista/>

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Com o objetivo de fortalecer um modelo de atenção aberto e de base comunitária foram sendo instituídos decretos e portarias, que garantissem o direito de ir e vir das pessoas com sofrimento ou transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Assim, surge a **Rede de Atenção Psicossocial** (RAPS), um conjunto de diferentes serviços disponíveis nas cidades e comunidades, que articulados formam uma rede, devendo ser capaz de cuidar dessas pessoas em sofrimento mental, bem como a seus familiares, nas suas diferentes necessidades.



Conheça como é composta a RAPS:
Rede Atenção Psicossocial

CLIQUE AQUI

ou acesse o **GR Code**



A **RAPS** teve seu início com a criação da **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011, e tem como finalidade **a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde** para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Tem como objetivos gerais:

- **AMPLIAÇÃO DO ACESSO** à atenção psicossocial da população em geral;
- Promoção da **VINCULAÇÃO** das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e de suas famílias aos **PONTOS DE ATENÇÃO**;
- Garantia da articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde do território, qualificando o cuidado por meio do **ACOLHIMENTO**, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

SIGNIFICADO: O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética: não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções, tomando para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade sinalizada pelo caso em questão.

O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ética-estética-política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços.

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Ou seja, requer prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o usuário e a família em relação a outros serviços de saúde, para a continuidade da assistência, e estabelecendo articulações com esses serviços, para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

O que difere da Triagem, que é a separação, escolha, seleção, ou seja, um funcionário da unidade ouve a queixa do usuário e seleciona para qual profissional da unidade ele irá encaminhá-lo enquanto que acolhimento é a humanização dos serviços de saúde.

Fonte: aps-repo.bvs.br

CLIQUE AQUI

ou acesse o **GR Code**



PARTE IV

PONTOS DE ATENÇÃO DA RAPS E SUAS ATRIBUIÇÕES

No Brasil as práticas da Atenção Básica (AB) têm sido organizadas com enfoque na descentralização para promover mudanças no modelo de atenção centrado na doença e hospital. Desta forma, é importante a compreensão de que a saúde mental não é um elemento à parte da saúde geral, suas demandas aparecem nos diversos serviços de saúde, cabendo a todo profissional identificar e intervir dentro das possibilidades (SILVA, 2016).

Conheça os componentes e pontos de atenção da RAPS (BRASIL, 2017):

COMPONENTE | ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

PONTOS DE ATENÇÃO

- Unidade Básica de Saúde.
- Equipes de atenção Básica para populações em Situações Específicas (Consultório na Rua e Equipe de Apoio aos Serviços do Componente Atenção Residencial de Caráter Transitório.
- Núcleo de Apoio à Família.

Buscando a integralidade das ações os pontos de atenção devem se organizar pela AB, buscando a ampliação do cuidado comunitário em território, articulando os profissionais de saúde mental com as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e **Núcleo de Apoio à Saúde da Família** (NASF), priorizando a promoção de saúde, vínculo e responsabilização do indivíduo, promoção da cidadania, dentre outros.

Apesar de ter sido revogado pela Nota Técnica nº 03/2020 do Ministério da Saúde, centenas de municípios mantiveram suas equipes e o trabalho do NASF, considerando a sua importância para o cuidado integral em saúde.

COMPONENTE | ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

PONTOS DE ATENÇÃO

- CAPS I
- CAPS II
- CAPS III
- CAPS AD
- CAPS AD III
- CAPS i

A **Atenção Psicossocial**, através dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), emerge como serviço de referência para **casos graves**, e que necessitem de cuidados mais intensivos e/ou de reinserção psicossocial que ultrapassem os cuidados prestados pela ESF e NASF.

COMPONENTE | ATENÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

PONTOS DE ATENÇÃO

- Unidade de Pronto Atendimento (UPA).
- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).
- Sala de Estabilização.
- Portas Hospitalares de Atenção à Urgência / Pronto-Socorro.

A **Atenção de Urgência e Emergência** fica como responsável pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência (GARCIA; REIS, 2018)

COMPONENTE | ATENÇÃO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO

PONTOS DE ATENÇÃO

- Unidade de Acolhimento Adulto.
- Unidade de Acolhimento Infanto-juvenil.
- Serviço de Atenção em Regime Residencial.

A **Atenção Residencial de Caráter Transitório**, como unidades de acolhimento, oferece cuidados contínuos de saúde para indivíduos que apresentam acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandam acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório.

COMPONENTE | ATENÇÃO HOSPITALAR

PONTOS DE ATENÇÃO

- Leitos de psiquiatria em Hospital Geral.
- Serviço Hospitalar de Referência.

A **Atenção Hospitalar**, como os leitos de saúde mental em hospital geral e o serviço hospitalar de referência, oferta internações de curta duração, com equipe multiprofissional, devendo acolher os usuários em articulação com os CAPS e outros serviços da RAPS para construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) (GARCIA; REIS, 2018)

COMPONENTE | ESTRATÉGIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

PONTOS DE ATENÇÃO

- Serviço Residencial Terapêutico.
- Programa de Volta para Casa.

As **Estratégias de Desinstitucionalização** visam garantir às pessoas em situação de internação de longa permanência o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social.

COMPONENTE | ESTRATÉGIAS DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

PONTOS DE ATENÇÃO

- Cooperativas Sociais, Empreendimentos Solidários e Iniciativas de trabalho e Renda.

As **Estratégias de Reabilitação Psicossocial** são iniciativas de trabalho e geração de renda, assim como empreendimentos solidários e cooperativas sociais, tendo como objetivos a defesa da inclusão da reabilitação em políticas públicas e o atendimento integral mediante ações de prevenção, promoção e reabilitação (GARCIA; REIS, 2018).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

BRASIL. Lei nº 10.216, de 3 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), ano CXXXIX, n. 69-E, seção 1, pág. 02, 2001.

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.

Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, ano CXLVIII, n. 251, seção 1, pág. 59-60, 30/12/2011.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, seção 1, 2017.

GARCIA, P.; T.; REIS, R. S. (Org.). **Redes de atenção à saúde: Rede de Atenção Psicossocial – RAPS**. Universidade Federal do Maranhão. São Luís, MA. EDUFMA, 2018.

SILVA, T. A. **O processo de construção da rede de atenção psicossocial em uma região de saúde do Estado de São Paulo**. Dissertação (mestrado) – Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, 2015.

Capítulo II

CONSTITUIÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

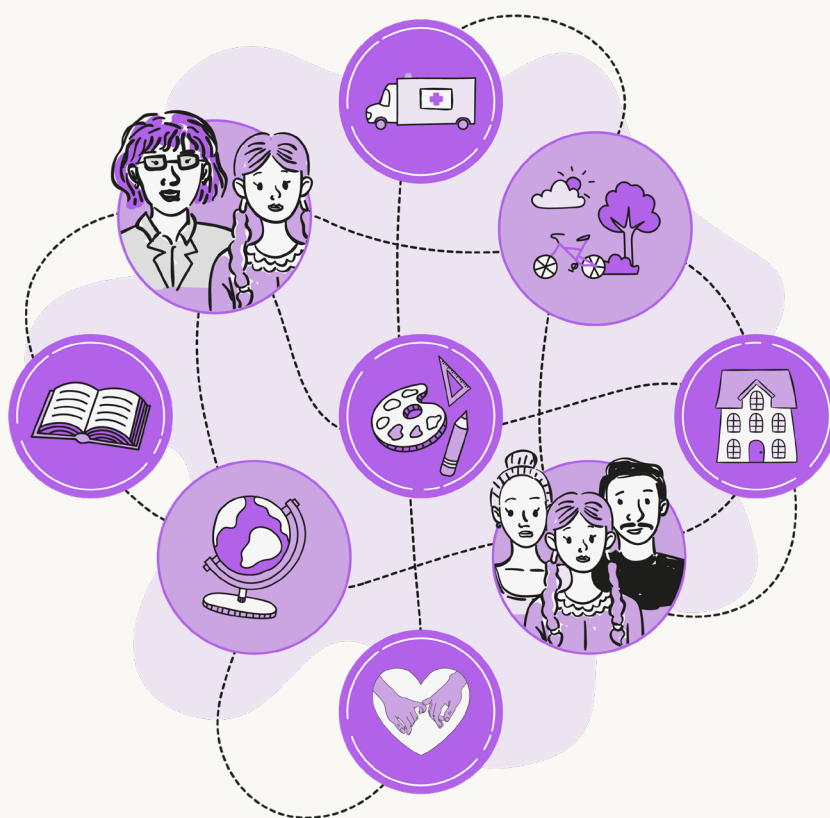
*Deisy Helloise de Macedo Penze
Flávio Arce da Silva
Wellington Rodrigues de Almeida
Marcia Naomi Santos Higashijima*

PARTE I

TERRITÓRIO

Apenas criar e ampliar serviços de saúde não é o suficiente, pois a **REDE** existe quando acontece a **integração e articulação** dos serviços entre si e com outras instituições, como associações, cooperativas, centro comunitários, dentre tantos espaços do território, com o **objetivo comum de promover a autonomia das pessoas com transtornos mentais** (BRASIL, 2004).

Desta forma, para a construção e atuação do atendimento comunitário proposto pela Reforma Psiquiátrica é necessário compreender que o termo **território** não se **define** apenas pela localização geográfica, mas pelas pessoas, **famílias** e os infinitos cenários com as quais se relacionam, as **amizades, escola, trabalho, serviços de saúde, espaços culturais, religiosos, lazer** e outros. Assim, trabalhar no território significa ter a capacidade de organizar a rede comunitária em um objetivo comum com a finalidade de planejar e organizar as soluções de forma conjunta, utilizando todos os saberes e recursos disponíveis da comunidade (BRASIL, 2004).



PARTE II

OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

Na Rede de Atenção Psicossocial os **CAPS** são os protagonistas devido ao seu valor estratégico. Este serviço tem como finalidade ser o **dispositivo de saúde substitutivo dos hospitais psiquiátricos do país**, tornando-se os principais responsáveis por articular a rede e as políticas de saúde mental nos municípios, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, a fim de oferecer acolhimento e atenção às pessoas com transtorno mentais, preservando e fortalecendo seus laços sociais e produzir autonomia e protagonismo destes em seu próprio tratamento (BRASIL, 2011).

O CAPS se configura como um **espaço de referência em serviços de saúde**, de “portas abertas” e comunitário, sendo constituído pela equipe multiprofissional que realiza prioritariamente o atendimento às pessoas com sofrimento ou transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2012).

O CAPS é um **serviço de referência para casos graves**, que necessitem de cuidados mais intensivos, e/ou de reinserção psicossocial, pacientes egressos de internação psiquiátrica, e que ultrapassem as possibilidades de intervenção conjunta das equipes de ESF e NASF.

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

A composição mínima das equipes que integram o CAPS varia de acordo com a modalidade do serviço, sendo classificados em (BRASIL, 2014):

- CAPS I
- CAPS II
- CAPS III
- CAPS AD (Álcool e Drogas)
- CAPS AD III
- CAPS AD IV
- CAPS i (infanto-juvenil)

Veja a classificação quanto às modalidades dos CAPS, seus critérios populacionais, modo de funcionamento e equipe mínima (BRASIL, 2014):

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
CAPS I
CRITÉRIO POPULACIONAL
• Acima de 15 mil habitantes
FUNCIONAMENTO
• 08h às 18h • 02 turnos • 05 dias úteis por semana
EQUIPE MÍNIMA
• 1 médico com formação em saúde mental; • 1 enfermeiro; • 3 profissionais de ensino superior: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; • 4 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

CAPS II

CRITÉRIO POPULACIONAL

- Acima de 70 mil habitantes

FUNCIONAMENTO

- 08h às 18h
- 02 turnos
- 05 dias úteis por semana, podendo comportar um terceiro turno até às 21h

EQUIPE MÍNIMA

- 1 médico psiquiatra;
- 1 enfermeiro com formação em saúde mental;
- 4 profissionais de ensino superior: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;
- 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

CAPS III

CRITÉRIO POPULACIONAL

- Acima de 150 mil habitantes

FUNCIONAMENTO

- 24h
- 04 turnos
- 07 dias por semana, incluindo feriados e finais de semana

EQUIPE MÍNIMA

- 2 médicos psiquiatras;
- 1 enfermeiro com formação em saúde mental;

- 5 profissionais de ensino superior: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;
- 8 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

CAPS AD

CRITÉRIO POPULACIONAL

- Acima de 70 mil habitantes

FUNCIONAMENTO

- 08h às 18h
- 02 turnos
- 05 dias úteis por semana, podendo comportar um terceiro turno até às 21h

EQUIPE MÍNIMA

- 1 médico clínico;
- 1 médico psiquiatra;
- 1 enfermeiro com formação em saúde mental;
- 4 profissionais de ensino superior: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;
- 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

CAPS AD III

CRITÉRIO POPULACIONAL

- 200 a 300 mil habitantes

FUNCIONAMENTO

- 24h
- 04 turnos
- 07 dias por semana, incluindo feriados e finais de semana, oferecendo retaguarda clínica e acolhimento noturno

EQUIPE MÍNIMA

- 1 médico clínico;
- 1 médico psiquiatra;
- 1 enfermeiro com experiência ou formação em saúde mental;
- 5 profissionais de ensino superior: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;
- 4 técnicos de enfermagem;
- 4 profissionais de nível médio;
- 1 profissional de nível médio para atividades administrativas;

Para acolhimento noturno, plantão de 12h, a equipe mínima ficará acrescida de:

- 1 profissional de ensino superior, preferencialmente enfermeiro;
- 2 técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro;
- 1 profissional de nível fundamental ou médio para atividades administrativas;

Para o período diurno aos finais de semana e feriados, a equipe mínima será de:

- 1 enfermeiro;
- 3 técnicos de enfermagem, sob a supervisão do enfermeiro;
- 1 profissional de nível fundamental ou médio para atividades administrativas.

CAPS AD IV

CRITÉRIO POPULACIONAL

- Acima de 500 mil habitantes

FUNCIONAMENTO

- 24h
- 04 turnos
- 07 dias por semana, incluindo feriados e finais de semana, oferecendo leitos e acolhimento noturno

EQUIPE MÍNIMA

- Profissional de nível médio para a realização de atividades de natureza administrativa, cobertura 24 horas por dia.

Turno Diurno:

- 1 médico clínico (diarista);
- 2 médicos psiquiatras (um diarista e um plantonista 12h);
- 2 enfermeiros com experiência e/ou formação na área de saúde mental (plantonistas 12h);
- 6 profissionais de nível universitário pertencentes às categorias profissionais (diaristas) de psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e educador físico;
- 6 técnicos de enfermagem (plantonistas 12h);
- 4 profissionais de nível médio.

Turno Noturno:

- 1 médico psiquiatra (plantonista 12h);
- 1 enfermeiro com experiência e/ou formação na área de saúde mental (plantonista 12h);
- 5 técnicos de enfermagem (plantonistas 12h).

CAPS i

CRITÉRIO POPULACIONAL

- Acima de 70 mil habitantes

FUNCIONAMENTO

- 08h às 18h
- 02 turnos
- 05 dias úteis por semana, podendo comportar um terceiro turno até às 21h

• EQUIPE MÍNIMA

- 1 médico psiquiatra ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental;
- 1 enfermeiro;
- 4 profissionais de ensino superior: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;
- 5 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesanato.

PARA FIXAR o conteúdo apresentado, assista o vídeo sobre o Centro de Atenção Psicossocial:

ASSISTA AQUI

ou acesse o *GR Code*



De acordo com Garcia e Reis (2018), os transtornos mais prevalentes no Brasil e diagnosticados na RAPS, são:

- **Transtornos de ansiedade** (generalizada e síndrome do pânico);
- **Transtornos depressivos** (episódio ou fase depressiva, transtorno depressivo recorrente, distímia, depressão atípica, depressão tipo melancólica ou endógena, depressão psicótica, etc.);
- **Transtorno Afetivo Bipolar;**
- **Transtorno Obsessivo-Compulsivo;**
- **Esquizofrenia;**
- **Transtornos relacionados ao uso de substâncias** (álcool, cocaína, anfetaminas, crack, etc.).

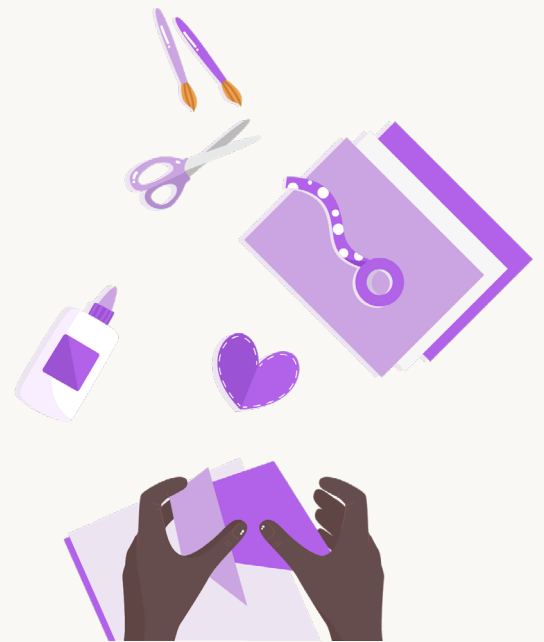
O tratamento dos pacientes no CAPS é definido em três modalidades (BRASIL, 2004):

INTENSIVO para os pacientes que necessitam de acompanhamento diário; quando se encontra em grave sofrimento psíquico, situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar. Se necessário, o tratamento poderá ser domiciliar.

SEMI-INTENSIVO para aqueles que necessitam de acompanhamento frequente, mas que já apresenta melhora nos relacionamentos e no aspecto clínico. O usuário pode ser atendido até 12 dias no mês (3 vezes por semana, por exemplo).

NÃO INTENSIVO é destinado aos pacientes que não necessitam de um suporte contínuo para desenvolver suas atividades no território. Podem ser atendidos até três dias do mês, considerados casos estabilizados.

Dentre as possibilidades de tratamento estão: as oficinas terapêuticas, tratamento medicamentoso, atendimento em grupo aos pacientes e/ou familiares, atendimento individualizado ao paciente e/ou familiar, orientações, psicoterapia, atividades comunitárias, atividades de suporte social, oficinas culturais, visitas domiciliares e desintoxicação ambulatorial (BRASIL, 2004). É preciso ressaltar que o CAPS é um serviço de base **territorial e comunitária**, portanto, suas atividades são desenvolvidas prioritariamente em **espaços coletivos**, articuladas com outros pontos de atenção da rede de saúde e outras redes (BRASIL, 2011).



A inserção do usuário em alguma atividade terapêutica ocorre após a elaboração conjunta do **PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR** (PTS). Nesse processo de construção de hipótese diagnóstica, definição de metas, reavaliações, há uma figura muito importante: o **TÉCNICO DE REFERÊNCIA** (TR).

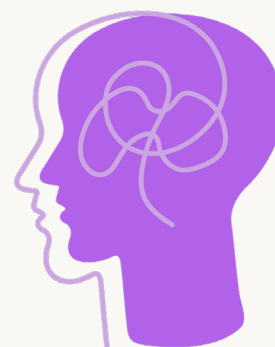
O **TR** é o responsável pelo acompanhamento do usuário, pelo contato com a família e pela reavaliação das metas definidas durante o tratamento, e tem como finalidade o estreitamento de vínculo, a fim de garantir a continuidade do cuidado. É o profissional a quem o paciente ou sua família irá recorrer em momentos de necessidade durante o tratamento.

Destaca-se que o TR não é o responsável pela execução de todas as atividades previstas no PTS. Ele é o corresponsável, juntamente com a equipe, para o planejamento, acompanhamento e avaliação do conjunto de ações terapêuticas desenvolvidas no processo de reabilitação psicossocial do usuário (SILVA, 2005; MANICA; TESSMER, 2007).

PARTE III

MANEJO DAS SITUAÇÕES DE CRISE

Podemos compreender a **crise** como um **estado de desequilíbrio emocional**, na qual o indivíduo perde sua capacidade e habilidades habituais de enfrentamento (ESPINOSA, 2000).



As crises são eventos naturais da vida, faz parte do processo do indivíduo em buscar equilíbrio em si e tudo que está à sua volta, desta forma, considera-se que as crises podem ter duas faces, como algo positivo que facilite uma possibilidade de mudança, de desenvolvimento; ou como algo negativo, que seria uma manifestação violenta desta quebra de equilíbrio, podendo afetar a saúde mental e seu adoecimento (SILVA, 2013).

A forma como se lida com a crise é que pode ser um diferencial para que este desfecho seja algo positivo ou negativo, pois quando a mesma é resolvida de forma satisfatória, pode proporcionar o desenvolvimento do indivíduo, caso contrário pode se tornar um risco ao indivíduo, tornando-o mais vulnerável aos transtornos mentais (SÁ; WERLANG; PARANHOS, 2008). Nestes momentos é possível acontecer a perda de contato com a realidade, manifestações de delírios, alucinações, fala e comportamentos desorganizados, tentativas de suicídio, aumento considerável de ansiedade, gerando perturbação, sofrimento e vulnerabilidade, tornando o indivíduo disfuncional (SILVA, 2013).

É possível classificarmos as crises em três tipos (SILVA, 2013):

CRISE MATURATIVA: decorrentes de eventos do nosso próprio desenvolvimento humano, que vão exigindo mudanças de papéis, como por exemplo, a passagem da fase infantil para a adolescência, que além de mudanças físicas requer desenvolvimento social, atitudes e comportamentos.

CRISE SITUACIONAL: provém de eventos perturbadores que afetam o equilíbrio psicológico, podendo gerar raiva, medo, culpa, estresse, como por exemplo, morte de alguém querido, perda de emprego e separação conjugal.

CRISES FORTUITAS: decorrentes de eventos acidentais, imprevistos, como acidentes de carro, incêndios, desastres, catástrofes, provocando problemas emocionais, sendo aumento comum de pânico, medo extremo, comportamento autodestrutivo.

Em intervenções de crises o objetivo central é apoiar o indivíduo a retornar ao seu estado habitual de equilíbrio, voltando a ter condições para enfrentar seus problemas. Assim, o **vínculo** entre equipe multiprofissional e paciente é um **determinante** imprescindível para alcançar o **bom manejo**, e o despreparo dos profissionais para lidar com estes eventos pode ser um dos principais elementos para ações violentas e repressivas, sem fins terapêuticos.



Segundo Silva (2013), os elementos fundamentais para o manejo de crise psiquiátrica são:

ESCUTA ATIVA: compreende-se por escutar o indivíduo, suas dores, seus medos, queixas, identificando os riscos, vulnerabilidades, análise das necessidades imediatas. Assim, é necessário proporcionar um espaço seguro, acolhedor, respeitoso e humanizado no atendimento. Como cada indivíduo é único, é fundamental a equipe compreender as particularidades deste, para assim ter condições de pensar a melhor estratégia para sua crise. Falhas na comunicação podem acarretar sentimento de insegurança, medo, desconfiança, portanto, além de escuta ativa, manter um diálogo claro e objetivo é fundamental.

OBSERVAR: condições físicas, expressão verbal e comportamental, relação com familiares e a equipe presente.

IDENTIFICAR: perda do controle do usuário sobre si mesmo, falta de crítica quanto a seu estado psíquico, graus elevados de atividade delirante-alucinatória e/ou desorganização do pensamento e comportamento, elevação ou depressão excessiva de humor, ideação suicida severa e persistente, ocorrência de episódios significativos de auto ou heteroagressividade, sobretudo com ameaça de repetição.

GARANTIR A AUTONOMIA: ter o usuário como princípio norteador do cuidado, garantindo o respeito a singularidade, construindo o planejamento juntamente com o mesmo e saindo da posição de saber o que é melhor para ele.

CUIDADO COMPARTILHADO: o usuário em crise, mesmo encaminhado ao CAPS ou a qualquer ponto da rede de urgência, continua pertencente à área de abrangência de uma determinada equipe da Estratégia de Saúde da Família, que é corresponsável por ele, precisando manter-se a par de seu estado enquanto está em outro serviço, assumindo a parte que lhe cabe no tratamento e após a alta (ZEFERINO; JEFERSON; ASSIS, 2015).

AVALIAÇÃO: o principal objetivo é avaliar os riscos que a crise submete o indivíduo e a todos que o cercam, levando em conta elementos psíquicos, físicos, econômicos e sociais. Aspectos importantes a serem considerados neste momento são: a aceitação do indivíduo ao tratamento e a equipe, a presença e disposição de familiares em apoiá-lo, se encontram-se fisicamente bem no momento, pois se o usuário não possui nenhuma rede de apoio e apresenta resistência ao tratamento, por exemplo, está exposto a maiores riscos, mesmo que esteja passando por uma crise menos grave.

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR: nas crises deve ser ágil e flexível. Ágil porque durante as crises demandam ações imediatas, flexível porque o tipo e grau das intervenções devem ser revistas diariamente, conforme evolução do caso (ZEFERINO; JEFERSON; ASSIS, 2015).

Para compreender mais sobre manejo de crise, assista à **VÍDEO-AULA** de Estratégias de avaliação ao Manejo de Crise.

ASSISTA AQUI

ou acesse o **GR Code**



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002**. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Brasília, DF, 9 fev. 2002 .

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 130, de 26 de janeiro de 2012**. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**: Volume 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

ESPINOSA, A. F. **Psiquiatria**: guia prático de enfermagem. Ed. McGraw-Hill, 2000.

GARCIA, P. T.; REIS, R. S. (Org.). **Redes de atenção à saúde**: Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. São Luís/MA. EDUFMA, 2018.

MANICA, G.; TESSMER, L. Terapeuta de referência: uma visão referenciada por profissionais da Saúde Mental. **Psicol. hosp.**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 89-111, 2007.

SÁ, S. D.; WERLANG, B. S. G.; PARANHOS, M. E. P. Intervenção em Crise. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, volume 4, número 1, 2008.

SILVA, C. H. **Crise na Saúde Mental: Visão da Equipe Multiprofissional.** Trabalho de Conclusão de Curso [monografia]. UNIVATES - Centro Universitário UNIVATES. Lajeado, 2013.

SILVA, M. B. B. E. Atenção psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, n. Physis, 2005 15(1), p. 127-150, jan. 2005.

ZEFERINO, M.T.; Rodrigues, J.; ASSIS, J.T. (orgs.). **Crise e Urgência em Saúde Mental:** o cuidado às pessoas em situações de crise e urgência na perspectiva da atenção psicossocial. 4ª Edição – Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, 2015.

Capítulo III

FERRAMENTAS ESTRATÉGICAS PARA O CUIDADO

*Flávio Arce Silva
Wellington Rodrigues de Almeida
Marcia Naomi Santos Higashijma*

PARTE I

ACOLHIMENTO

O acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), criada em 2003, e um dos eixos centrais do trabalho em saúde. **Ocorre em todo o processo de cuidado e, portanto, é considerado transversal. Situa-se desde a entrada do usuário na unidade até a definição da terapêutica ou encaminhamento responsável para outro ponto da rede.** O acolhimento NÃO é um local, espaço ou mais um serviço dentro da unidade e não tem hora, nem profissional específico para realizá-lo. Ele deve estar presente em todos os momentos, da ambiência ao primeiro contato com algum profissional, independentemente do nível de formação acadêmica (BRASIL, 2009a; BRASIL 2010).



O acolhimento é um modo de operar processos de trabalho em saúde e requer uma escuta qualificada, construção de vínculo, responsabilização pelo cuidado, resolutividade e, se necessário, encaminhamento seguro (BRASIL, 2010a).

O acolhimento se sustenta muito mais pela prática do que pelo discurso. Assim, fazemos acolhimento quando disponibilizamos espaços de escuta para a comunidade compartilhar os seus saberes e construir coletivamente, na perspectiva da inclusão, um cuidado horizontal, corresponsabilizando-se nesse processo.

Acolher implica em desenvolver uma postura, uma técnica e um processo de trabalho. Postura por depender da atitude do trabalhador em escutar e tratar como legítimas as necessidades dos usuários. Também por considerar relações de escuta entre os profissionais em uma relação democrática que estimula a participação, autonomia e tomada de decisões coletivas. Técnica porque instrumentaliza ações e procedimentos que favorecem a escuta e a busca por soluções ou alternativas para os problemas apresentados (SCHEIBEL; FERREIRA, 2011; ROSSI; REINHEIMER, 2019).

E, por último, o acolhimento como forma de reorganizar os processos de trabalho, uma vez que identifica os problemas e oferece respostas às questões de organização do serviço, com vistas à garantia de acesso universal e a resolutividade dos problemas em saúde (SCHEIBEL; FERREIRA, 2011; ROSSI; REINHEIMER, 2019).

“Dona Margarida, 48 anos, procurou o CAPS para atendimento psiquiátrico. Relatou episódios de choro, desânimo, insônia e irritação, e que se sentia só. Atualmente está afastada do trabalho por problemas de saúde e fica o dia todo sozinha, assistindo TV ou dormindo. E como os filhos estão todos crescidos, sente falta de ter alguém para conversar.

Durante o acolhimento individual Dona Margarida relatou que gosta de fazer crochê e outros trabalhos manuais. Também gostava de caminhar, porém parou, já que não se sente motivada a ir sozinha. No acolhimento explicamos à Dona Margarida o perfil dos pacientes atendidos pelo CAPS e que o caso dela não se enquadrava no serviço, mas que merecia ser cuidado.

Apresentamos as possibilidades de atividades em grupo ofertadas pela sua ESF, como: grupos de pilates, funcional e rodas de conversa em saúde mental. Dona Margarida ficou animada. Desejou participar de todos. Elaboramos um encaminhamento para a equipe da unidade de Dona Margarida a fim de inseri-la nas atividades. Por contato telefônico acionamos a enfermeira responsável para informar sobre o caso e enviamos uma foto do encaminhamento.

Também orientamos Dona Margarida a procurar o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) para se informar sobre o calendário de cursos disponibilizados pela unidade, uma vez que é recorrente a oferta de cursos de artesanato, confeitaria, dentre outros. Dona Margarida agradeceu muito pelo atendimento. Estava empolgada com as propostas.”

Sobre o exemplo apresentado conseguimos observar que o acolhimento, na modalidade individual, possibilitou a ampliação do olhar sobre a queixa. De uma possível medicalização dos sintomas ampliou-se as possibilidades de tratamento. Através da escuta qualificada é possível identificar as potencialidades e vulnerabilidades de Dona Margarida, que mesmo não apresentando o perfil para atendimento no CAPS recebeu uma resposta positiva para sua demanda. E, que o encaminhamento não foi apenas um procedimento burocrático, mas uma articulação entre os serviços da rede. É necessária a responsabilidade do profissional na condução do processo de cuidado de Dona Margarida, evidenciando a transversalidade do acolhimento.

O acolhimento além de ser uma diretriz, é também um dispositivo do cuidado. Há alguns modelos de acolhimento (BRASIL, 2013):

O ACOLHIMENTO PELA EQUIPE DE REFERÊNCIA, em que um ou mais profissionais realizam a primeira escuta e definem junto com o usuário as propostas mais adequadas para suas necessidades;

A EQUIPE DE ACOLHIMENTO DO DIA, em que é selecionado um ou mais profissionais para realizar o acolhimento da demanda espontânea, ficando a agenda exclusiva para isso. Os demais permanecem atendendo a demanda programada e os casos agudos.

ACOLHIMENTO MISTO é realizado em unidades em que há mais de uma equipe (equipe de referência do usuário e equipe de acolhimento do dia). São definidas quantidades de usuários ou horários de acolhimento para que cada enfermeiro acolha a demanda de sua área. Após a quantidade ou o horário definido, fica estipulado um enfermeiro e um médico, sem agendas prévias estabelecidas, para acolher a demanda espontânea de todas as áreas referenciadas por ambas as equipes.

ACOLHIMENTO COLETIVO, que acontece no primeiro momento do dia e da tarde na unidade, em que toda a equipe se reúne com os usuários (demanda espontânea), faz-se a escuta coletiva, e apresenta o modo de funcionamento da unidade, e de acordo com as demandas são direcionados para orientações mais objetivas.

Conheça um pouco da experiência de acolhimento coletivo vivenciada no município de Aracaju/SE, que possibilitou a reorganização do processo de trabalho, extinguindo a distribuição de senhas ou filas na unidade de saúde, e potencializou o atendimento resolutivo com uma atuação de toda a equipe (médico, enfermeira, agentes de saúde, etc.), na apresentação da unidade, na escuta qualificada e na troca de saberes (CAVALCANTI FILHO et al, 2009).

CLIQUE AQUI

ou acesse o *GR Code*



Para o acolhimento ter êxito é preciso que todos **participem do processo**. Ele garante o compartilhamento horizontal e democrático dos saberes, descentraliza a figura do médico e valoriza a equipe de profissionais da unidade, responsabilizando todos no processo de escuta. Desta maneira, há a necessidade de reorganizar o processo trabalho, do fluxo ao papel de cada um na produção do cuidado (BRASIL, 2009a). Acolhe-se quando é criado **grupos multiprofissionais** para mapeamento da unidade; rodas de conversa para o enfrentamento das problemáticas; articulações com a rede para os encaminhamentos e acompanhamentos dos casos; desenvolve-se oficinas, entre outros (BRASIL, 2010a).

Assista ao documentário **ACOLHIMENTO, DIFERENTES OLHARES, DIFERENTES PRÁTICAS**, e reflita *Quais ações você e a equipe executam para promover um acolhimento integral e resolutivo aos usuários do CAPS?*

PARTE 1

CLIQUE AQUI

ou acesse o *GR Code*



PARTE 2

CLIQUE AQUI

ou acesse o *GR Code*



PARTE 3

CLIQUE AQUI

ou acesse o *GR Code*



PARTE II

CLÍNICA AMPLIADA

Historicamente a concepção de clínica esteve associada à figura do médico prescrevendo e/ou solicitando exames. Este modelo de cuidado, conhecido como biomédico, medicaliza a vida em suas mais diversas manifestações, sendo individualista e centrado na doença, perdendo a totalidade do sujeito e, portanto, apresentando um cuidado fragmentado (BRASIL, 2007; BRASIL, 2009b).



Autor: André Dahmer

Fonte: <https://twitter.com/malvados/status/668767147389280260>

A tirinha do Duende dos Remédios evidencia de modo explícito um modelo de cuidado autoritário, de dominação e de prescrição de normas, que empobrece a complexidade e as diferentes possibilidades do viver humano (BRASIL, 2007; BRASIL, 2009b).

Tendo em vista as várias limitações do modelo biomédico surge a necessidade de repensar a clínica. Torna-se urgente ampliá-la para além das expressões patológicas, dos sintomas e das partes analisadas na produção do cuidado. Propor uma **clínica ampliada** é **reconhecer** o potencial dos diferentes saberes, é a aposta no compartilhamento e corresponsabilização do cuidado, garantindo a autonomia do usuário e a invenção de saídas criativas diante do adoecimento. **Ampliar a clínica é possibilitar a criação de novas formas de cuidado** (BRASIL, 2007; BRASIL, 2009b).

A clínica ampliada é definida como uma diretriz da PNH, que tem o compromisso radical com os sujeitos e seus coletivos. Humanizar é reconhecer as diferenças na produção de saúde, tanto em relação aos usuários quanto aos trabalhadores. Nesta perspectiva, o desenvolvimento de uma clínica ampliada dependerá da indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerenciar os processos de trabalho (BRASIL, 2009b).

A CLÍNICA AMPLIADA ENGLOBA CINCO EIXOS FUNDAMENTAIS

(BRASIL, 2009):

Compreensão ampliada do processo saúde-doença: analisar o sujeito em sua totalidade (aspectos físicos/orgânicos, psicológicos, sociais, econômicos, outros).

Construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas: o reconhecimento da complexidade dos casos, pode despertar a sensação de desamparo pelo profissional. Faz-se necessário compartilhar com a equipe, com outros serviços de saúde, com o próprio usuário a fim de produzir um cuidado integral. Uma abordagem compartilhada é muito mais potente do que uma abordagem pontual, individual.

Ampliação do “objeto de trabalho”: o cuidado não é mais centrado na doença, mas sim na pessoa ou no grupo de pessoas. Isso implica na ampliação do trabalho para que as pessoas se responsabilizem por pessoas. Rompe com a lógica da fragmentação expressa na pergunta “De quem é este paciente?” O paciente é de todos. Para isso, o matriciamento constitui ferramenta fundamental.

Transformação dos meios ou instrumentos de trabalho: ampliar a clínica exige a aposta em técnicas relacionais, tais como: escuta do outro e de si mesmo; capacidade de lidar com condutas automatizadas de forma crítica e de lidar com a expressão dos problemas sociais e subjetivos.

Suporte para os profissionais de saúde: criar espaços acolhedores e protegidos para os profissionais expressarem as suas dificuldades, identificações positivas ou negativas com o usuário. Possibilitar a grupalidade e solidariedade entre os profissionais.

Para mais informações sobre a prática da **Clínica Ampliada** você pode acessar a **cartilha** elaborada pela **Universidade Estadual de Campinas** (UNICAMP).

CLIQUE AQUI

ou acesse o **GR Code**



O **professor Deivisson** conta a sua experiência de um olhar ampliado na condução de um caso.

ASSISTA AQUI

ou acesse o **GR Code**



PARTE III

MATRICIAMENTO

O matriciamento ou apoio matricial é uma proposta de intervenção pedagógica-terapêutica que visa produzir saúde a partir do compartilhamento de saberes entre diferentes equipes. Ele objetiva assegurar uma retaguarda especializada a equipes e profissionais de saúde. Amplia-se as possibilidades para o desenvolvimento da clínica ampliada e para interação entre as especialidades e profissionais de referência (CHIAVERINI, 2011; CUNHA; CAMPOS, 2011).

NO MATRICIAMENTO SURGEM NOVOS ARRANJOS ORGANIZACIONAIS DEFINIDOS EM (BRASIL,2009):

EQUIPE DE REFERÊNCIA	EQUIPE DE APOIO MATRICIAL
Aquela que possui responsabilidade pela coordenação do cuidado longitudinal. É denominada como referência haja vista a facilidade do vínculo e da convivência mais próxima com o usuário.	É definida pelo conjunto de profissionais especialistas que garantirão o suporte técnico-pedagógico para a condução de alguns casos). Este novo arranjo organizacional possibilita um aprendizado coletivo, cujo sucesso está na capacidade resolutive do cuidado.

“As Equipes de Referência são uma forma de resgatar o compromisso com o sujeito, reconhecendo toda a complexidade do seu adoecer e do seu projeto terapêutico” (BRASIL, 2009b, p. 39).

O matriciamento ao organizar o processo de partilha de experiências e conhecimentos entre duas ou mais equipes opera com os conceitos de **núcleo** e campo de saber. Segundo Chiaverini (2011), o matriciamento pode ser solicitado quando:

- **equipe de referência** sentir a necessidade de **esclarecimentos** sobre abordagem, diagnóstico, etc.;
- **suporte para intervenções psicossociais**, como por exemplo, grupos com pessoas que possuem transtornos mentais;
- **integração** entre especialidade e atenção básica na elaboração do PTS de usuários com transtornos psiquiátricos;
- **apoio** para resolver alguma tarefa, como por exemplo, o **manejo** de casos severos.

NÚCLEO: É definido como núcleo do saber os conhecimentos específicos das profissões, aqueles que garantem a identidade profissional. Já o campo do saber, são os conhecimentos e práticas comuns aos profissionais da saúde, extrapola as categorias e sugere ações interdisciplinares (CHIAVERINI, 2011; CUNHA; CAMPOS, 2011).

Ainda, dispõe de alguns instrumentos para o seu desenvolvimento, como: elaboração do PTS, **interconsulta**, **consulta conjunta**, visita domiciliar (CHIAVERINI, 2011).

Interconsulta “é uma ação colaborativa entre profissionais de diferentes áreas” (CHIAVERINI, 2011, p. 25). Existem modalidades de interconsulta, que vão desde a discussão de caso até uma consulta conjunta e/ou visita domiciliar.

Consulta conjunta é uma ação que envolve na mesma cena, os profissionais da saúde de diferentes categorias, o paciente e, se necessário, a família. É uma técnica de aprendizagem com a finalidade de responder de forma mais resolutiva às questões de saúde (CHIAVERINI, 2011).

Para saber mais sobre matriciamento em saúde mental.

CLIQUE AQUI

ou acesse o **GR Code**



PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas resultado de uma discussão coletiva entre equipe e usuário, onde todas as opiniões são importantes e as discussões devem ser baseadas na singularidade do usuário, respeitando as diferenças (BRASIL, 2007; BRASIL, 2009b; SUNDFELD, 2010).



O PTS apresenta quatro movimentos (BRASIL, 2007; BRASIL, 2009b):

DIAGNÓSTICO: a hipótese diagnóstica é feita a partir de uma avaliação que engloba os aspectos biológicos, sociais e psicológicos. Neste primeiro momento é importante identificar como o sujeito se relaciona diante da doença: desejos, interesses, trabalho, cultura. É o momento para captar as fragilidades e principalmente as potencialidades.

DEFINIÇÃO DE METAS: após o diagnóstico, são definidas metas de curto, médio e longo prazo. As metas devem ser negociadas com o usuário, garantindo a sua autonomia e protagonismo neste processo. Cabe ressaltar que a negociação deve ser realizada por um profissional que apresente maior proximidade com o sujeito.

DIVISÃO DE RESPONSABILIDADES: esta etapa não deve ser confundida com a fragmentação do cuidado, referindo-se à definição clara dos papéis e tarefas de cada um na condução do caso; sendo todos são responsáveis pelo usuário e seu coletivo. Também é nessa etapa em que é escolhido o profissional de referência, figura de maior vínculo, responsável por acompanhar de perto e articular com a equipe e o apoio matricial as decisões sobre o caso.

REAValiação: é um momento importante para identificar a evolução do caso, bem como os limites encontrados. Serve para realizar alterações no projeto inicial e adequar às necessidades do sujeito.

Algumas perguntas podem nortear a construção do PTS:

- Qual a situação problema?
- Quem são as pessoas envolvidas no caso?
- Qual a relação delas com os profissionais de saúde?
- Quais as vulnerabilidades identificadas? Quais as potencialidades?
- Quais as necessidades de saúde percebidas pelo usuário?
- Quais as necessidades de saúde deverão ser respondidas no caso?
- Como o usuário imagina que o seu “problema” será resolvido?
- Haverá pactuação com outros setores? Quais? Como?
- Quais os objetivos deverão ser alcançados?
- Quais ações, responsáveis e prazos necessários para execução do PTS?
- Qual o papel do usuário e família no desenvolvimento das ações do PTS?
- Quem será o Técnico de Referência?
- Quando será a próxima reavaliação?

O êxito de um **PTS** depende da participação e corresponsabilização dos usuários neste processo, bem como o comprometimento dos trabalhadores e da gestão na garantia da proposta. Há dois aspectos fundamentais: **a reunião de equipe** e a **anamnese ampliada**. (BRASIL, 2007; BRASIL, 2009b).

REUNIÃO DE EQUIPE

Com uma agenda segura, semanal ou quinzenal, que constitua um espaço de fala para manifestar os afetos positivos ou negativos, as evoluções ou estagnações do processo em que todos tenham direito à voz e opinião.

ANAMNESE AMPLIADA

Reconstrói a história de vida pelo sujeito, por meio de sua implicação nos fatos narrados. Permite reconhecer as singularidades que compõem o processo de adoecimento, assim como os laços estabelecidos pelo Sujeito com seus grupos. Desta maneira, transcende os limites das classificações diagnósticas.

Conheça as ferramentas de abordagem da família: Genograma, Ciclo da Vida da Família, F.I.R.O., P.R.A.C.T.I.C.E., APGAR Familiar e os mapas de redes no livro *O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde*, de Mendes, a partir da página 264.

CLIQUE AQUI

ou acesse o **GR Code**



Para exemplificar a **construção** de um **PTS**:

ASSISTA AQUI

ou acesse o *GR Code*



Para saber mais, assista à videoaula sobre **Projeto Terapêutico Singular** como instrumento de cuidado na RAPS e registro documental em Psicologia ministrada no **Núcleo Telessaúde Goiás**:

ASSISTA AQUI

ou acesse o *GR Code*



PARTE V

VISITA DOMICILIAR

A **visita domiciliar** é um recurso que faz parte do conjunto de terapêuticas disponibilizadas nos serviços de saúde de base territorial, como o CAPS. Ela se configura como uma **tecnologia de intervenção que promove a articulação da equipe com o usuário, com a família e com o território**. Ela favorece o reconhecimento da realidade do usuário, potencializa a formação de vínculos e possibilita a inclusão ativa do contexto familiar na produção do cuidado, além de ampliar a articulação com outros serviços da rede (MORAIS et al., 2021).

A visita domiciliar pode ocorrer de **forma individual** ou **compartilhada**. No caso do CAPS, a visita pode ser uma boa estratégia de cuidado compartilhado com a atenção básica, uma vez que a equipe de referência e apoio matricial pode atuar juntas no mesmo caso, garantindo uma análise sob diferentes ângulos e uma resolutividade maior. Para organização da visita compartilhada é preciso eleger os casos prioritários do território, bem como definir em reunião o seu objetivo, dia e profissionais. O agente comunitário de saúde pode ser parte fundamental na realização de uma visita domiciliar, uma vez que possui vínculo maior com o usuário e o território (CHIAVERINI, 2011; PEREIRA et al., 2014; MORAIS et al., 2021;).

“Não há um manual de visitação, intervenção e cuidado em saúde mental, o que requer do trabalhador o exercício de sua capacidade criativa e de acolher o sujeito em sua singularidade, respeitando-se a diferença” (MORAIS et al., 2021, p. 1170).

No entanto, é preciso atenção e cuidado quanto algumas condutas dos profissionais, tais como: estabelecer uma **comunicação acessível** ao nível de formação cultural do sujeito; o cuidado no **manejo dos profissionais** ao estabelecer intervenções, evitando discussões do caso na frente do usuário, principalmente se houver divergências quanto à conduta a ser adotada CHIAVERINI, 2011; PEREIRA et al., 2014; MORAIS et al., 2021;).

Assista o vídeo **“Visita domiciliar na Atenção Básica como prática emancipatória: que óculos você usa?”** :

ASSISTA AQUI

ou acesse o *GR Code*



PARTE VI

ARTICULAÇÃO INTER E INTRASETORIAL

A **intra** e **intersectorialidade** constitui aspecto fundamental para a construção das redes do cuidado, uma vez que há a ampliação do entendimento e das práticas em saúde. O sujeito pode passar a ser compreendido em sua totalidade, exigindo assim a reorganização dos processos de atenção e gestão, e a articulação com os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e outras redes (BRASIL, 2010b; LEAL; ANTONI, 2013).

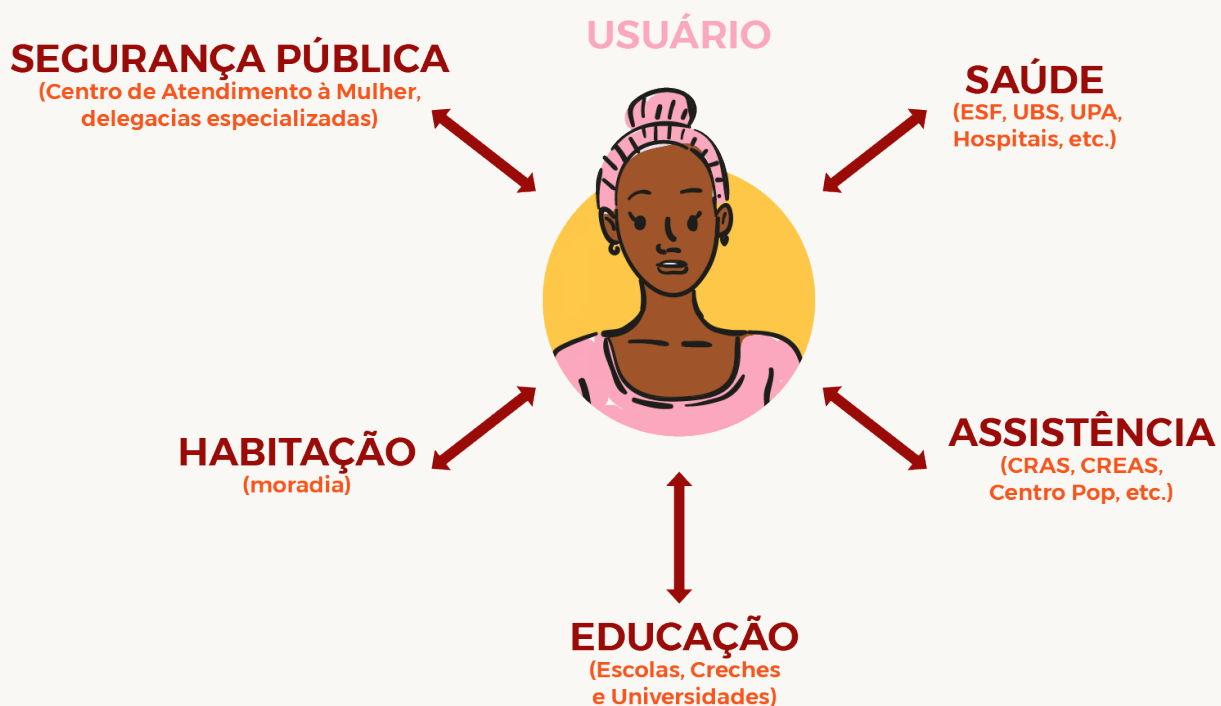
INTERsetorialidade	INTRAsetorialidade
A intersectorialidade é compreendida como uma articulação dos diferentes setores com vistas a garantir um cuidado compartilhado e resolutivo (BRASIL, 2010b).	Já a intrasetorialidade pode ser entendida como a articulação entre os diferentes serviços ofertados pelo mesmo setor (BRASIL, 2018).

Dentro deste âmbito, as ações requerem a troca de saberes e práticas entre os diferentes setores a fim de produzir condutas inovadoras e resolutivas no processo do cuidado. O modo como os serviços dialogam, vinculam, definem ações complementares, estabelecem relações horizontais e interdependentes, que garantem a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010b; LEAL; ANTONI, 2013).

A articulação é fundamental no processo de reabilitação psicossocial dos usuários do CAPS, pois pensar o cuidado no âmbito comunitário e territorial é transcender os limites institucionais (LEAL; ANTONI, 2013). Para isso é importante garantir um **cuidado compartilhado** com os diferentes setores:

- **Saúde** (ESF, UBS, UPA, Hospitais, etc.);
- **Assistência** (CRAS, CREAS, Centro Pop, etc.);
- **Educação** (Escolas, Creches e Universidades);
- **Habitação** (moradia);
- **Segurança Pública** (Centro de Atendimento à Mulher, delegacias especializadas).

Para que o sujeito e sua família possam ser (re)inseridos à dinâmica comunitária, por meio de espaços e ações que potencializam a autonomia e garantam a cidadania (AZEVEDO; MIRANDA, 2011).



PARTE VII

OFICINAS TERAPÊUTICAS

As oficinas terapêuticas são atividades realizadas em grupo com a mediação de, no mínimo, um profissional. Constitui-se como **uma das principais formas de tratamento** oferecido nos CAPS, uma vez que potencializa a integração social e familiar; incentiva a expressão de sentimentos e incômodos; desenvolve habilidades corporais e competências relacionais; valoriza o potencial criativo; fortalece a autoestima e autoconfiança; além de garantir o exercício coletivo da cidadania. É um instrumento potente no processo de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004; AZEVEDO; MIRANDA, 2011).

As oficinas são programadas a partir do interesse dos usuários, das possibilidades técnicas dos profissionais e dos recursos disponibilizados na unidade. Também podem ser criadas a partir de uma necessidade identificada no serviço, como oficinas de integração familiar, por exemplo.

O desenvolvimento de oficinas terapêuticas precisa ser dinâmico, criativo e flexível. Assim, são consideradas terapêuticas quando possibilitam aos usuários um lugar de fala, de expressão, de acolhimento e de garantia da autonomia, da realização do potencial criativo e do exercício de sua cidadania.

Neste sentido, as oficinas que não consideram as necessidades do usuário e/ou do serviço, tornam-se meros dispositivos de ocupação do tempo, e pode ser de sofrimento (AZEVEDO; MIRANDA, 2011).

AS OFICINAS PODEM SER CLASSIFICADAS EM (BRASIL, 2004):

EXPRESSIVAS: são espaços de expressão plástica (pintura, argila, desenho, etc); expressão corporal (dança, ginástica e técnicas teatrais); expressão verbal (poesia, leitura, peças teatrais, etc); expressão musical, dentre outras.

GERADORAS DE RENDA: são instrumentos que possibilitam o aprendizado de atividades específicas que podem auxiliar no complemento financeiro. Podem ser de culinária, marcenaria, costura, fabricação de artesanatos, etc.

ALFABETIZAÇÃO: é uma modalidade que contribui para a retomada da cidadania do usuário a partir do ensino da escrita e leitura.

Assista o vídeo a seguir **“Oficinas Terapêuticas”**, do canal Papo de Psicologia, que apresenta quatro experiências desenvolvidas em um CAPS: oficina de poesia, arteterapia, produção audiovisual e oficina de música, que buscaram estimular a autonomia, a cidadania, a criatividade e a expressividade do sujeito, aumentando sua autoestima e autoconfiança.

ASSISTA AQUI

ou acesse o *GR Code*



SISTEMA DE REGISTRO DAS AÇÕES AMBULATORIAIS DE SAÚDE

O **Sistema de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde** (RAAS) foi instituído em março de 2012 com a finalidade de monitorar as ações e serviços pertencentes a Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012; BRASIL, 2022).



Atenção Domiciliar e Atenção Psicossocial

Imagem: <http://raas.comunidades.net/>

A implantação do RAAS no CAPS foi um importante passo para analisar os processos de trabalho, bem como das ações desenvolvidas para o cuidado territorializado e centrado no usuário. Sendo possível identificar informações sobre o uso de alguma droga, origem do usuário, encaminhamentos realizados ou ainda a execução de ações no território ou na instituição (BRASIL, 2022).

Os procedimentos são registrados a partir de três instrumentos (BRASIL, 2022):

- **Registro de Ações Ambulatoriais em Saúde (RAAS):**
No sistema RAAS são registrados procedimentos decorrentes do cuidado direto com o paciente e/ou seus familiares, após a sua inserção no serviço (cadastro).
- **Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I):**
Já o BPA-I é destinado apenas para o acolhimento inicial por CAPS.
- **Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C):**
E o BPA-C inclui ações institucionais e de articulação das redes de cuidado.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2022, p. 62) há uma “dificuldade em monitorar e avaliar a RAPS a partir de informações apenas dos procedimentos realizados, sem conhecimento sobre a população atendida, sobre a integralidade das ações e do cuidado, e sobre o percurso dos usuários na rede”, diante disso está havendo a implementação do **E-SUS** como alternativa no registro das ações desenvolvidas nos diferentes serviços da RAS.

Assista ao vídeo sobre **Registro de Procedimentos dos CAPS e identifique** quais procedimentos você já utiliza em sua prática profissional; quais poderia lançar a partir do desenvolvimento de suas atividades no CAPS e quais as dificuldades encontradas no lançamento dos procedimentos no sistema.

ASSISTA AQUI

ou acesse o **GR Code**



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZEVEDO, D. M.; MIRANDA, F. A. N. Oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial: percepção de familiares. **Escola Anna Nery**, v. 15, n. 2, abr. 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/KyzjNqgnCN9cFrL5dNStkRS/?lang=pt#>>. Acesso em: 15 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial** [Internet]. Brasília; 2004. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 276, de 30 de Março de 2012**. Institui o sistema de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS). Brasília, DF, 30 mar. 2012. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0276_30_03_2012.html>. Acesso em: 14 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS - Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf>. Acesso em: 03 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Instrutivo Técnico da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) no Sistema Único de Saúde (SUS)** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_tecnico_raps_sus.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2023.

CHIAVERINI, D. H. (Org). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf>. Acesso em: 06 fev. 2023.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. DE S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 20, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/JFWjx7YnMz7mcDjFNDpxRcc/#>>. Acesso em: 14 fev. 2023.

LEAL, B. M.; ANTONI, C. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Aletheia**, Canoas, n. 40, p. 87-101, abr. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 fev. 2023.

MORAIS, A. P. P. et al. Produção do cuidado na atenção psicossocial: visita domiciliar como tecnologia de intervenção no território. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. Ciênc. saúde coletiva, 2021 26(3), mar. 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/fmDSHbCpwL4JRqX7PZyQgkd/?lang=pt#>>. Acesso em: 14 fev. 2023.

PEREIRA, S. S. et al. Visita domiciliar aos pacientes portadores de transtorno mental: ampliando as opções terapêuticas possíveis em um serviço ambulatorial. **Saúde Transform. Soc.**, Florianópolis, v.5, n.1, p.91-95, 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-70852014000100014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 fev. 2023.

ROSSI, L. B.; REINHEIMER, F. K. Acolhimento Coletivo como Espaço de Cuidado: Uma Análise das Demandas em Saúde Mental na Adolescência. **Revista Psicologia e Saúde**, [S. l.], v. 11, n. 3, p. 35–48, 2019. DOI: 10.20435/pssa.v0i0.426. Disponível em: <<https://pssaucdb.emnuvens.com.br/pssa/article/view/426>>. Acesso em: 12 fev. 2023.

SHEIBEL, A.; FERREIRA, L. H. Acolhimento no CAPS: reflexões acerca da assistência em saúde mental. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.35, n.4, p.966-983 out./dez. 2011. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-621028>>. Acesso em: 12 fev. 2023.

SUNDFELD, A. C. Clínica Ampliada na Atenção Básica e Processos de Subjetivação: relato de uma experiência. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n 4, p.1079-1097, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n4/a02v20n4.pdf> >. Acesso em: 11 fev. 2023.



SES
Secretaria de
Estado de
Saúde



GOVERNO DE
**Mato
Grosso
do Sul**