

Gustavo G. Oliveira  
Renata F. Pegoraro

# ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL,

## CRISE E INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA

Textos de apoio para educação permanente em saúde



# **Atenção em saúde mental no Brasil, crise e internação psiquiátrica**

**Textos de apoio para educação permanente em saúde**



Gustavo G. Oliveira  
Renata F. Pegoraro

# Atenção em saúde mental no Brasil, crise e internação psiquiátrica

Textos de apoio para educação permanente em saúde



**Copyright © Autora e autor**

Todos os direitos garantidos. Qualquer parte desta obra pode ser reproduzida, transmitida ou arquivada desde que levados em conta os direitos da autora e do autor.

---

**Gustavo G. Oliveira; Renata F. Pegoraro**

**Atenção em saúde mental no Brasil, crise e internação psiquiátrica. Textos de apoio para educação permanente em saúde.** São Carlos: Pedro & João Editores, 2024. 84p. 16 x 23 cm.

**ISBN: 978-65-26-1710-9 [Digital]**

1. Saúde mental. 2. Cuidados. 3. Crise. 4. Internação psiquiátrica. I. Título.

---

CDD – 150

**Capa:** Luidi Belga Ignacio

**Ficha Catalográfica:** Hélio Márcio Pajeú – CRB - 8-8828

**Revisão:** Deyse Souza Alves

**Diagramação:** Diany Akiko Lee

**Editores:** Pedro Amaro de Moura Brito & João Rodrigo de Moura Brito

**Conselho Editorial da Pedro & João Editores:**

Augusto Ponzio (Bari/Itália); João Wanderley Geraldi (Unicamp/Brasil); Hélio Márcio Pajeú (UFPE/Brasil); Maria Isabel de Moura (UFSCar/Brasil); Maria da Piedade Resende da Costa (UFSCar/Brasil); Valdemir Miotello (UFSCar/Brasil); Ana Cláudia Bortolozzi (UNESP/Bauru/Brasil); Mariangela Lima de Almeida (UFES/Brasil); José Kuiava (UNIOESTE/Brasil); Marisol Barenco de Mello (UFF/Brasil); Camila Caracelli Scherma (UFFS/Brasil); Luís Fernando Soares Zuin (USP/Brasil); Ana Patrícia da Silva (UERJ/Brasil).



**Pedro & João Editores**

[www.pedroejoaoeditores.com.br](http://www.pedroejoaoeditores.com.br)

13568-878 – São Carlos – SP

2024

## PALAVRAS DE ABERTURA...

O texto é fruto de uma iniciação científica tecnológica desenvolvida com apoio do CNPq a partir de edital da Rede Ebserh – Hospital de Clínicas de Uberlândia da Universidade Federal de Uberlândia. A intenção é oferecer um material de consulta para equipe de saúde que atuem diretamente com internações psiquiátricas em leitos de hospitais gerais, além de oferecer suporte para atividades de educação permanente para todas as equipes que integram serviços da Rede de Atenção Psicossocial.

Sua construção propõe três seções. A Seção 1 traz a linha do tempo da atenção psiquiátrica e em saúde mental no Brasil, com detalhes sobre eventos e personagens que marcaram esse momento histórico. A Seção 2 apresenta a Rede de Atenção Psicossocial em funcionamento no Sistema Único de Saúde. Destaca, portanto, a necessidade de integração entre serviços que podem ser acessados pelos usuários do SUS de acordo com sua necessidade de cuidado. A terceira seção discute o conceito de crise e a internação psiquiátrica em leito de hospital geral, destacando a importância dos projetos terapêuticos singulares, do trabalho em equipe, do envolvimento da família como alvo do cuidado e do momento da alta.

Esperamos que a leitura do material possa motivar profissionais e estudantes para o debate sobre a assistência em saúde mental no Brasil, em especial sobre a atenção a pessoas que precisam de hospitalização psiquiátrica de curto e médio prazo, sempre tendo o enfoque no cuidado em contexto comunitário como organizador dos cuidados para esse público. Entendemos que a internação ocorre quando necessário e o hospital geral, com leito psiquiátrico, é um dos pontos de cuidado, sendo necessária a

articulação com a rede no momento do ingresso e da alta, na perspectiva de um cuidado continuado.

## SUMÁRIO

Apresentação	9
Seção um - Histórico sobre a assistência em saúde mental no Brasil	11
Tratamento psiquiátrico no Brasil: da colônia até a ditadura militar	12
O funcionamento dos manicômios	16
A reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial	17
A lei de 2001	20
Personagens importantes	23
Seção dois - A rede de atenção psicossocial no Sistema Único de Saúde	29
Compreendendo as redes	30
Rede de Atenção Psicossocial	32
Serviços componentes da RAPS	35
A política ms nº 3.088/2011 e suas alterações ao longo do tempo (portaria nº 3.588/2017 e portaria nº 757/2023)	42
A crítica à contrarreforma	43
Referências de algumas políticas públicas	45
Seção três - A crise e a internação psiquiátrica	49
A definição de crise	50
A crise nos serviços de urgência e emergência	51
A oferta de leitos em saúde mental no hospital geral	52
A equipe multidisciplinar e/ou multiprofissional	55
Projeto Terapêutico Singular (pts)	56
Rede de apoio, família e o sofrimento psíquico	57

Sobre internações e suas questões	59
A importância das reuniões de equipe e reuniões de caso para construção do cuidado em rede	62
Potencialidade do/no cuidado em saúde mental	64
Referências	65
Glossário	81
Sobre o autor e a autora	84

## APRESENTAÇÃO

Este livro é fruto de uma iniciação científica tecnológica desenvolvida com apoio do CNPq a partir de edital da Rede Ebserh. A intenção é oferecer um material de consulta para equipes de saúde que atuem diretamente com internações psiquiátricas em leitos de hospitais gerais, além de oferecer suporte para atividades de educação permanente para todas as equipes que integram serviços da Rede de Atenção Psicossocial.

A partir do plano de trabalho de Gustavo G. Oliveira (Cuidado a pessoas em internação psiquiátrica em leito de hospital geral: construção de material didático digital para educação permanente de equipe multiprofissional), que integra o projeto docente “Cartilhas informativas digitais sobre o cuidado na Rede de Atenção Psicossocial” da orientadora Renata F. Pegoraro, apresentamos um texto de 84 páginas, dividido em três seções principais.

A cartilha traz em cada seção textos explicativos sobre o tema em foco, além de dicas de filmes, leis e documentos adicionais para estudo e debate. Em cada seção, uma caixa com perguntas para debate nas equipes foi criada, visando facilitar a aproximação dos leitores com o texto proposto e os temas mais relevantes abordados. Entendemos que a cartilha ainda pode ser usada por estudantes das áreas de humanas, saúde e ciências sociais aplicadas para conhecimento sobre a atenção em saúde mental no Brasil.

A Seção 1 traz a linha do tempo da atenção psiquiátrica e em saúde mental no Brasil. A Seção 2 apresenta a Rede de Atenção Psicossocial em funcionamento no Sistema Único de Saúde. A terceira seção discute o conceito de crise e a internação psiquiátrica.

Esperamos que a leitura do material possa motivar profissionais e estudantes para o debate sobre a assistência em saúde mental no Brasil, em especial sobre a atenção a pessoas que precisam de hospitalização psiquiátrica de curto e médio prazo, sempre tendo o enfoque no cuidado em contexto comunitário como organizador dos cuidados para esse público. Entendemos que a internação ocorre quando necessário e o hospital geral, com leito psiquiátrico, é um dos pontos de cuidado, sendo necessária a articulação com a rede no momento do ingresso e da alta, na perspectiva de um cuidado continuado.

Ficam nossos agradecimentos à Rede Ebserh pelo estímulo à pesquisa, ao Hospital de Clínicas de Uberlândia, ao Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnologia em Saúde HC-UFU pela organização do processo seletivo, acolhimento ao aluno e organização do seminário de integração no início de 2024, ao CNPq pela bolsa de iniciação científica (PIBITI 2023-2024) e à Universidade Federal de Uberlândia, que incentiva os docentes e alunos a atuarem na pesquisa da graduação à pós.

**Gustavo G. Oliveira e  
Renata F. Pegoraro**

## SEÇÃO UM - HISTÓRICO SOBRE A ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Apresentaremos aqui um breve histórico sobre os tratamentos psiquiátricos e em saúde mental que aconteceram no Brasil desde a época em que o país era colônia portuguesa. Destacaremos datas, fatos e personagens importantes para entendermos como esses tratamentos foram implementados e alguns problemas decorrentes deles. Ao longo da leitura do capítulo, deixamos algumas questões com a finalidade de gerar debate sobre o tema e ajudá-lo (la) a refletir sobre o material apresentado, de modo a propiciar uma discussão com a equipe com a qual você trabalha ou com os colegas com quem estuda ou realiza estágio.

**Figura 1** – Questões geradoras

1. Como as práticas de tratamento em saúde mental no Brasil se relacionam com as mudanças sociais e políticas ao longo da história do país?
2. Qual o papel da comunidade na contribuição da perpetuação do modelo hospitalocêntrico?
3. Atualmente ainda existem desafios a serem enfrentados pelos profissionais da saúde mental? Se sim, quais?
4. Como a Reforma Psiquiátrica e o Movimento Antimanicomial impactaram o tratamento de saúde mental no Brasil?
5. Quais são as condições de cuidado e de tratamento vivenciados pelas pessoas em sofrimento psíquico grave atualmente?
6. O modelo hospitalar como orientador do tratamento em saúde mental no Brasil foi superado?
7. Quais são as marcas deixadas pela Indústria da Loucura?
8. Qual a importância de movimentos sociais que visem a

melhorias nas condições e formas de tratamento em saúde mental?

## TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO NO BRASIL: DA COLÔNIA ATÉ A DITADURA MILITAR

O período conhecido por Brasil Colônia vai do ano de 1500 até 1822, quando os portugueses dominavam o território brasileiro. Nesse período havia pouca ou quase nenhuma política que possibilitasse o acesso ao tratamento em saúde mental por parte dos indivíduos da nossa sociedade (Miranda Sá Jr., 2007).

Inicialmente, em boa parte do país, os cuidados e auxílios eram prestados por curandeiros de diferentes matrizes, inclusive fiéis e sacerdotes do catolicismo, especialmente os jesuítas. Os profissionais da medicina eram raríssimos e atuavam apenas em grandes centros, servindo a pessoas importantes. Nessa época, os hospitais da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia abrigavam – mais que tratavam – os enfermos (Miranda Sá Jr., 2007).

Até o ano 1830 era raro encontrar alguma pessoa considerada louca submetida ao tratamento específico de saúde no Brasil. Tais pessoas podiam ser encontradas nas ruas e era permitida a sua circulação pela cidade, posto que não existia assistência em instituição alguma. As pessoas consideradas loucas, quando de origem pobre, eram cuidadas por suas famílias ou vagavam pelas ruas e cidades. Já as famílias mais ricas contavam com recursos como passeios ou banhos em águas consideradas de potencialidades terapêuticas como forma de buscar a cura para a loucura.

A vinda da família portuguesa ao Brasil em 1808, devido às invasões napoleônicas, fez com que o Brasil fosse transformado da condição de colônia para o estado de Reino Unido com Portugal e Algarve, o que representou uma alteração gigantesca no status político deste território. Tais mudanças promoveram transformações socioeconômicas e políticas no país, incluindo

uma atenção maior relacionada à assistência psiquiátrica. Após a instalação da família real portuguesa no Brasil, foi construído o primeiro hospício em solo nacional, na cidade do Rio de Janeiro, o qual serviu de modelo para outras instituições e foi inaugurado como parte da Declaração da Maioridade do Imperador Pedro II (Miranda Sá Jr., 2007).

Aos poucos, a imagem do louco manso e alegre vagando pelo território foi sendo substituída pela ideia de loucura como desordem, perturbação e até obstáculo ao crescimento econômico do país. Com o apoio de José Clemente Pereira, político, filantropo e um dos provedores da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, surgiram medidas para a criação do hospício. O decreto nº 82, de 18 de julho de 1841, criou oficialmente o Hospício de Pedro II. Entretanto, apenas no dia 08 de dezembro de 1852 o Hospício foi inaugurado como uma tentativa diferenciada de prestar assistência aos loucos (Lima, 2009).

Os estudos de Oda e Dalgarrondo (2005) apontam que durante o Segundo Reinado foram criadas instituições “exclusivas para alienados” em alguns estados brasileiros. Nesses hospícios não havia presença significativa de médicos, até o fim do Império. Era nítido que os internos desses serviços eram pessoas pobres e necessitadas, submetidas a uma reclusão forçada e a péssimas condições de vida como forma de “tratamento”. Havia, portanto, uma contradição entre o discurso que mencionava um projeto de assistência oficial e moderna aos loucos e a prática realmente efetivada com relação aos internos.

A seguir, de acordo com Amarante (2007 apud Lima, 2010), a psiquiatria brasileira começava a encontrar algumas dificuldades em sua atuação, como distinguir o limite entre a loucura e a sanidade, a prolongação e o aumento constante das denúncias de violências nos hospícios, dentre outros, o que levou à baixa credibilidade nos hospitais psiquiátricos e da própria psiquiatria. Assim, os alienistas (nome atribuído aos médicos que tratavam os “alienados”, isto é, os loucos) do final do século XIX, por volta da década de 1890, foram favoráveis à construção de Colônias de

Alienados. Na época se entendeu tratar de um novo e revolucionário modelo de tratamento psiquiátrico importado da Europa. Nas colônias de alienados, havia a certeza de que o trabalho estimulava a força de vontade, consolidando a dita resistência cerebral, e isso poderia fazer desaparecer o “delírio”. Em razão disso os alienados eram submetidos ao chamado trabalho terapêutico (Lima, 2010).

Os chamados hospitais-colônias surgiram no Brasil no início do século XX, período no qual as pessoas com hanseníase buscavam se estabelecer nos arredores das cidades, a fim de instaurar suas moradias. A hanseníase é, ainda hoje, conhecida popularmente como lepra e o preconceito e o medo de contato com as pessoas com hanseníase levou algumas associações a arrecadarem fundos para a construção e a instalação de espaços permanentes, a fim de afastar os doentes do convívio social. Ao longo do século XX, o Brasil teve, além de hospícios, outras instituições de internação e afastamento do meio social destinadas a pessoas com hanseníase e foi apenas em 1995 que a lei 9010 proibiu o uso da denominação “lepra/ leproso” no país (Brasil, 1995).

Na “Era Vargas”, com a instituição do Estado Novo, cresceu a participação do poder federal no combate à doença. Com o decreto nº 1.473, do ano de 1937, estava declarada a facilitação de acordos e parcerias entre diferentes instituições não-oficiais e o Departamento Nacional de Saúde. Sendo assim, as associações que buscavam estabelecer os denominados hospitais-colônias passaram a receber verbas do Estado. Ademais, o decreto nº 15.484, do ano de 1944, aprovou o Regimento do Serviço Nacional de Lepra do Departamento Nacional de Saúde, definindo as ações e atribuições do serviço que seria de intervir nos assuntos relacionados ao combate da hanseníase, englobando-se os hospitais-colônias (Fontoura; Barcelos; Borges, 2003).

De acordo com Lima (2010), nos anos 1960, junto à criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), ocorre uma mudança na prestação de serviços psiquiátricos: se até então as internações ocorriam em hospitais psiquiátricos públicos, a

década de 1960 marca o início da compra, pelo Estado Brasileiro, de serviços psiquiátricos oferecidos pelo setor privado. Com diretrizes específicas do INPS, todos os serviços de saúde e previdência foram articulados aos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) e, reunidos, passaram a integrar o INPS. Nesse caminho, o número de leitos psiquiátricos no Brasil aumentou drasticamente.

A década de 1970 foi marcada, no campo da psiquiatria, por denúncias sobre os maus tratos nos manicômios. O modelo de assistência psiquiátrica vigente foi questionado, tendo em vista as péssimas condições dos hospitais psiquiátricos (Lima, 2010). Com a assistência psiquiátrica nutrida por contratos com a iniciativa privada, após o Golpe Militar de 1964 os investimentos em saúde mental em serviços públicos foram reduzidos. Logo, o método utilizado era o de incentivar o maior número de internações prolongadas possível, visto que cada paciente era mantido por uma diária paga pelo próprio Estado às instituições privadas que ofertavam os leitos. Tal fase na história da psiquiatria brasileira é chamada de Indústria da Loucura e é justamente a época em que se expande o sistema asilar no país (Soares & Cruz, 2016).

Na década de 70, o Brasil também foi marcado pela crescente influência de propostas preventivistas, de cunho europeu e estadunidense, por meio da psiquiatria comunitária. A influência dessas propostas – no âmbito acadêmico, associativo e institucional – torna-se a maior referência de setores organizados da psiquiatria brasileira, em contraposição ao até então vigente modelo hospitalar privado, que se mantinha hegemônico (Paulin & Turato, 2004). A partir disso, o dinamismo do cenário brasileiro começou a se alterar aos poucos, devido às concepções percebidas no cenário internacional referentes ao cuidado em saúde mental.

## O FUNCIONAMENTO DOS MANICÔMIOS

Vários são os nomes usados para falar sobre o hospital psiquiátrico no Brasil: asilo, manicômio, nosocômio, colônia de alienados e sanatório são alguns deles. Essas instituições eram conhecidas por serem estruturas rudimentares, pois havia pouca profundidade em suas concepções como organização e eram locais sem condições mínimas para promover um tratamento de saúde razoável aos cidadãos (Amarente, 2017).

Há algumas características mais evidentes e tocantes dessas instituições, como a internação prolongada: os indivíduos internados eram muitas vezes submetidos a um “tratamento” de longo período, sem um prazo definido de alta e, em muitos casos, vivenciavam uma situação irreversível, ou seja, o quadro diagnóstico era considerado motivo para a reclusão extensa, e diferentes pessoas passavam boa parte de suas vidas encarceradas nesses asilos. De acordo com Zizler (2019), o isolamento social é outro ponto marcante. A maioria dessas instituições ficavam localizadas em áreas distantes, levando a um afastamento dos pacientes e de suas famílias, assim como da comunidade no geral, o que contribuía para a exclusão social. Um terceiro ponto a ser destacado eram os tratamentos oferecidos. Num primeiro momento, a exclusão social era vista como motivo para a loucura e solução para esse quadro, tal qual as teorias de Pinel apontavam, consistia na realização de atividades laborais durante a internação, as quais poderiam a capacidade de recuperar o indivíduo alienado. Com o passar do tempo, outras formas de tratar surgiram, como é o caso de contenção mecânica, que levou a inúmeras amputações, o isolamento em cela única, os banhos gelados e os tratamentos invasivos, como a lobotomia, o eletrochoque e a insulinoaterapia – tudo sem o consentimento por parte dos pacientes (Amarante, 2017).

Ademais, a falta de um acompanhamento terapêutico adequado era explícita. Durante as várias décadas de existência de inúmeros asilos psiquiátricos no Brasil, quase a sua totalidade não

contava com equipes multidisciplinares para tratamento. Sendo assim, a assistência médica e de enfermagem era limitada a uma abordagem predominantemente de controle e de contenção dessas pessoas. Fora isso, as más condições de vida, de alimentação e a superlotação eram comuns nos manicômios, além de infraestrutura inadequada, que fazia perpetuar um ambiente insalubre e propício à violação dos direitos humanos dos pacientes. Já a estigmatização e a discriminação dos doentes podiam ser identificadas pelos rótulos atribuídos às pessoas hospitalizadas, tais como “loucos”, “alienados”, “dementes” e “incapazes”. Tais conceitos reforçavam ainda mais a exclusão vivenciada por essas pessoas, além de promover um tratamento desrespeitoso ao qual esses indivíduos eram submetidos (Zizler, 2019).

**DICA:** É importante que a história não seja apagada e que a verdade sobre o tratamento psiquiátrico conferido a milhares de pessoas no Brasil venha à tona sempre que possível para que possamos evitar contextos semelhantes ao atuarmos com o cuidado em saúde mental. O livro-reportagem de Daniela Arbex – jornalista brasileira –, denominado “Holocausto Brasileiro” (2013), denuncia os maus-tratos que ocorreram no Hospital Colônia de Barbacena, a partir de relatos expostos por ex-funcionários e sobreviventes, assim como de pessoas ligadas a essa instituição. Há também um documentário que carrega o mesmo nome, *Holocausto Brasileiro*, lançado em 2016 e dirigido por Armando Mendz e Arbex, contando com relatos dessa tragédia e expondo a experiência dos entrevistados.

## A REFORMA PSQUIÁTRICA E A LUTA ANTIMANICOMIAL

A década de 1970 se encerra com as denúncias em veículos jornalísticos sobre os maus-tratos em instituições psiquiátricas. Esse é o contexto de início da construção da luta antimanicomial e

da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Nos anos de 1980, uma série de eventos e conferência contribuem para repensar o modelo asilar de assistência psiquiátrica no Brasil.

De acordo com Oliveira e Sousa (2020), alguns movimentos sociais possibilitaram a formulação de políticas públicas que regem as políticas atuais a respeito da saúde mental no Brasil. O Movimento Nacional da Luta Antimanicomial foi de grande valia para toda a população brasileira, sendo o seu principal objetivo a extinção dos manicômios e da forma abrupta de se lidar com as pessoas. Tal movimento estava intrinsecamente ligado à Reforma Sanitária brasileira e buscava uma discussão a respeito dos direitos humanos dos pacientes dito portadores de transtornos mentais (Barbosa; Costa; Moreno, 2012). Isso demonstra uma ampla força dos movimentos sociais que foram cruciais para uma reconstrução dos aspectos relacionados à saúde mental no país.

Um importante evento desse período foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986. Ela desempenhou um papel crucial na fundamentação de pilares teóricos e políticos da Reforma Psiquiátrica no país. Tal conferência representou um marco nacional importantíssimo ao trazer para o centro do debate a questão da saúde mental e a necessidade de mudanças no modelo de atenção em saúde mental no Brasil. No ano seguinte, ocorreu a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), um evento pioneiro na reformulação das práticas de cuidado em saúde mental. Além disso, a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1992) e, por conseguinte, a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) deram continuidade a essas discussões e avançaram na formulação de propostas, ideais e concepções que buscavam a alteração de modelos arcaicos do sistema de saúde mental.

Um importante evento internacional ocorrido em 1990, a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, teve como um de seus resultados a “Declaração de Caracas”. Os países que assinaram esse documento se comprometeram a promover uma mudança nos eixos referentes à

assistência psiquiátrica em seus territórios (Hirdes, 2009). Esse foi um ponto crucial e importante, pois levou o Brasil a se comprometer, juntamente com outros países da América Latina, a promover a reestruturação da assistência psiquiátrica, demonstrando um movimento de convergência internacional em direção a uma abordagem mais comunitária e humanizada para o tratamento e o cuidado dos transtornos mentais.

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) é um movimento plural composto por trabalhadores envolvidos do movimento sanitário, sindicalistas, associações familiares, pessoas com histórico de internações psiquiátricas, grupos de profissionais e outros membros. Tal grupo foi crucial para o auxílio das formulações de críticas ao modelo hospitalocêntrico ultrapassado. Nessa perspectiva, a mercantilização da loucura, a violência dos manicômios e a hegemonia de uma rede privada de assistência são criticadas. Com isso, é possível conceber a construção de uma visão mais democrática no que tange à assistência e ao cuidado de “pessoas com transtornos mentais” (Brasil, 2005).

E é nesse sentido que a **desinstitucionalização**, conceito importantíssimo na Reforma Psiquiátrica e na Luta Antimanicomial, se mostra evidente. A desinstitucionalização pode ser entendida como processo que visa à redução do papel dos hospitais psiquiátricos, buscando alternativas baseadas na comunidade para o tratamento de transtornos mentais (Rotelli; De Leonardis; Mauri, 2001).

**DICA** [A série *GloboNews Especial*, da emissora Globo, apresenta um episódio intitulado “Especial: O movimento antimanicomial e a reforma psiquiátrica no país”. Nele é possível assistir a um resumo de reflexos dos paradigmas hospitalocêntricos atualmente. Na obra, demonstra-se também um pouco de protestos e campanhas contra os sistemas asilares – esses que ainda deixam rastros na história do país.]

## A LEI DE 2001

Em 06 de abril de 2001, a Lei de número 10.216, também chamada Lei Paulo Delgado, foi aprovada. Ela garantiu a proteção das pessoas em sofrimento psíquico grave e colocou a assistência em leito psiquiátrico como uma das formas de atenção. Tal lei, em seu artigo 6º (sexto), prevê os tipos de internações psiquiátricas que podem ocorrer no Brasil (Brasil, 2001):

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Segundo Silvério (2022), esse artigo da Lei 10.216/2001 é crucial para garantir que as internações psiquiátricas, quando necessárias, ocorram de forma ética e fundamentada, respeitando-se os direitos e a autonomia das pessoas com transtornos mentais. Ela tem como fundamento evitar a institucionalização excessiva e desnecessária, promovendo uma abordagem de tratamento mais humanizada e centrada no sujeito.

Essa lei também ressalta que a internação psiquiátrica ocorre quando os recursos de tratamento na comunidade foram esgotados, isso é, ela coloca o leito psiquiátrico como um recurso a ser usado quando outros tratamentos já foram tentados, como aqueles que acontecem na unidade básica de saúde, nos centros de atenção psicossocial e na rede privada de saúde. A aplicabilidade dessa lei sofre com algumas adversidades, como a carência de investimentos em serviços comunitários, as desigualdades regionais na oferta de serviços, estigmas e preconceitos presentes nas equipes, famílias e sociedade em geral sobre tratamento extra-hospitalar em saúde mental (Silvério, 2022).

Ainda persistem impedimentos à desinstitucionalização completa e à plena implementação da Reforma Psiquiátrica, bem como a necessidade de combater o estigma e a discriminação às pessoas diagnosticadas com “transtornos mentais” em âmbito nacional. Por conseguinte, a luta deve ser constante, com a finalidade de prevenir entraves no cuidado em saúde mental no país (Silvério, 2022).

**DICA** [A Lei de número 10.216, do ano de 2001, conhecida também por Lei Paulo Delgado ou Lei da Saúde Mental, pode ser acessada e examinada na íntegra pelo endereço eletrônico: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm#:~:text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,modelo%20assistencial%20em%20saúde%20mental.](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm#:~:text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,modelo%20assistencial%20em%20saúde%20mental.)]

**DICA** [O Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS) apresenta um site com vastos materiais disponibilizados pela FIOCRUZ. Acesso em: <https://laps.ensp.fiocruz.br>.

**Quadro 1** – Linha do tempo com os principais eventos na assistência psiquiátrica/ em saúde mental no Brasil (1500 a 2024).

1. **1500 a 1822:** Brasil Colônia - sem assistência e suporte para questões relacionadas à saúde mental. O louco estava à margem da sociedade, sem tratamentos específicos. Eram as Santas Casa de Misericórdia que realizavam assistência marcadamente com aspecto caritativo-religioso;
2. **1852:** Inauguração do primeiro hospício no país, a instituição Hospício de Pedro II, no Rio de Janeiro. A partir daí se instala o modelo hospitalocêntrico de tratamento no Brasil;
3. **1852 a 1936:** multiplicam-se pelo Brasil hospitais psiquiátricos e, próximo ao final do século XIX, os chamados hospitais-colônia, nos quais o trabalho era visto como forma de cura dos alienados;
4. **1937 a 1944:** Estado Novo (Era Vargas) apresentou políticas que promoviam a facilitação da manutenção dos chamados hospitais-colônia, não apenas para pacientes psiquiátricos, mas também para indivíduos com hanseníase, com apoio da própria sociedade, excluindo-os do convívio social;
5. **1960 a 1978:** neste período ocorreu a chamada “indústria da loucura”, com o aumento do número de hospitais psiquiátricos privados e a contratação de leitos privados pelo governo para assistência psiquiátrica;
6. **1978:** Visita de Franco Basaglia, psiquiatra italiano, ao Brasil. Ele foi responsável pela mudança na forma de tratamentos realizados naquele país;
7. **Anos 1980:** equipes mínimas de saúde mental inseridas na atenção básica e criação dos primeiros lares abrigados como início de um processo de desinstitucionalização;
8. **1986 e 1987:** criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial em São Paulo -SP e do primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial em Santos - SP;
9. **Anos 1990:** Programa de acompanhamento hospitalar especializado em Psiquiatria;
10. **1994:** programa saúde da família;

11. **2001:** “Ruptura” de paradigmas arcaicos, sendo o seu marco a Lei 10.216;  
**2002:** Portaria GM/MS 336, de 2002, sobre os CAPS;
12. **2008:** criação dos núcleos apoio à saúde da família;  
**2011:** Portaria MS 3088/2011 sobre a Rede de Atenção Psicossocial;  
**2016 a 2022:** Contrarreforma, com a Portaria GM/MS 3.588/2017, dentre outros;  
**2023:** Portaria GM/MS nº 757/2023 sobre a revogação da Portaria 3.588/2017 e Portaria de Consolidação GM/MS nº 3 e nº 6;  
**2024:** o que está por vir?

Fonte: Freitas (2018); Oliveira (2023); Sampaio; Bispo Júnior (2021).

## PERSONAGENS IMPORTANTES

Você pode ter interesse em conhecer algumas figuras muito importantes para a construção dos cuidados em saúde mental no Brasil. Destacaremos três delas: Nise da Silveira, Franco Basaglia e Paulo Amarante.

### QUEM FOI NISE DA SILVEIRA?

Aquilo que se impõe à psiquiatria é uma verdadeira mutação, tendo por princípio a abolição total dos métodos agressivos, do regime carcerário, e a mudança de atitude face ao indivíduo, que deixará de ser o paciente para adquirir a condição de pessoa, com direito a ser respeitada. (Silveira apud Mello, 2005, p. 127).

Nise Magalhães da Silveira (1905 – 1999), popularmente conhecida por Nise da Silveira, nasceu em Maceió, no Estado de Alagoas. Aos 21 anos, em 1926, Nise se formou na Faculdade de Medicina da Bahia, sendo a única mulher de sua turma de 158

alunos. Foi o precursor da psicologia analítica, Carl Gustav Jung, quem inspirou os trabalhos de Nise, a qual era sempre atenta às questões inconscientes dos sujeitos. A médica psiquiatra ganhou reconhecimento internacional por ter elaborado abordagens humanizadas para pessoas em internações de longo prazo em instituições psiquiátricas no Rio de Janeiro, opondo-se a tratamentos extremos, por exemplo: confinamento, lobotomia e choque elétrico (Melo, 2022).

Seu mérito consiste na implementação de uma intervenção que buscava relacionar arte e loucura a partir de 1946 (Amarante, 1994). Melo (2022) destaca que Nise defendia o uso da arte para a manutenção da saúde mental, especialmente modelagem e pintura.

Nise foi presa e, considerada comunista, foi afastada do Serviço Público entre os anos de 1936 e 1944. Em 1946 foi anistiada e, a partir disso, reintegrada ao serviço público. Fundou a Seção de Terapêutica Ocupacional no antigo Centro Psiquiátrico Nacional de Engenho de Dentro (Rio de Janeiro), que mais tarde levou o seu nome. Em 1952, Nise criou o Museu de Imagens do Inconsciente – Centro de Estudo e de Pesquisa – reunindo obras produzidas em ateliês de atividades expressivas pelos pacientes que frequentavam o espaço. Além disso, criou grupo de estudos sobre a teoria de C. G. Jung; e após se aposentar, e inaugurou uma instituição conhecida como “Casa das Palmeiras” – clínica destinada ao tratamento de egressos de instituições psiquiátricas no bairro de Botafogo, na cidade do Rio de Janeiro.

Nise foi pioneira no Brasil em pesquisas sobre a relação entre paciente e animais (Rio de Janeiro, 2006). Ela acreditava no potencial terapêutico da relação com os bichos. Aos 94 anos de idade, em 1999, Nise faleceu em decorrência de um quadro de pneumonia.

Para saber mais sobre a bibliografia de Nise, é possível encontrar diferentes mídias e materiais que contam um pouco mais sobre sua história:

- Documentário: “Imagens do Inconsciente” (1988). É uma obra dirigida por Leon Hirszman, cineasta brasileiro, sobre três pacientes com quadro esquizofrênico tratados pela Nise da Silveira no então Centro Psiquiátrico Pedro II.

- Museu Virtual: “Ocupação Nise da Silveira” – Itaú Cultural. Conteúdo feito com o intuito de apresentar a vida de algumas personalidades. Endereço eletrônico: <https://www.itaucultural.org.br/ocupacao/nise-da-silveira>.

- Filme: “Coração da Loucura” (2015). A obra cinematográfica foi dirigida por Roberto Berliner e estrelada por Glória Pires, mostrando a etapa da vida de Nise no seu retorno ao serviço público em 1948 e sua experiência inovadora na implementação de ateliês de arte.

- Entrevistas: É possível encontrar algumas entrevistas de Nise da Silveira na plataforma de vídeo Youtube, como “Nise da Silveira – Posfácio: Imagens do Inconsciente”, disponível no endereço eletrônico: <https://www.youtube.com/watch?v=EDg0zjMe4nA>.

- Livro: “Encontros – Nise da Silveira” (2023), feito pelo autor Luiz Carlos Mello. A obra foi publicada pela editora Azougue Editorial, São Paulo.

## **QUEM FOI FRANCO BASAGLIA?**

Franco Basaglia (1924 – 1980) nasceu em Veneza, na Itália, no seio de uma família que reconhecia o Estado fascista. Matriculou-se na Faculdade de Medicina da Universidade de Pádua, entrou em contato com um grupo de estudantes antifascistas, juntando-se a eles e, posteriormente, à Resistência – um movimento militar político e antifascista, no qual, mais tarde, Basaglia foi traído e preso devido aos seus ideais (Serapioni, 2019).

Ainda de acordo com Serapioni (2019), Basaglia compreendeu o atraso da psiquiatria italiana e, a partir disso, fez uma série de esforços para tentar mudar a essência desse cenário. Basaglia se interessava pelo estudo na área de psicopatologia e

fenomenologia e buscou incessantemente a compreensão da real necessidade das pessoas em tratamento psiquiátrico. O médico italiano encontrou-se com o “mundo do manicômio” ao prestar um concurso para se tornar diretor do hospital psiquiátrico de Gorizia, ao final do verão de 1961. O livro de Basaglia, “A Instituição Negada”, publicado em 1978, teve grande repercussão e influência na época, pois a obra denunciava as condições desumanas dos hospitais psiquiátricos italianos, argumentando a favor de uma abordagem mais humanizada no tratamento proposto.

A abordagem de Franco Basaglia baseava-se na crença de que os manicômios e os hospitais psiquiátricos tradicionais eram locais opressivos e desumanos, que utilizavam de método e técnicas pouco ou quase nada efetivas. O psiquiatra, portanto, defendia o fechamento de tais instituições e a transferência dos pacientes para serviços de saúde mental na comunidade, nos quais o tratamento seria mais respeitoso, democrático, inclusivo, integrado e digno, conforme elucidado por Bueno (2011). Dessa forma, fica evidente o quão importante foram as concepções de Basaglia e o seu desejo por mudanças nas estruturas clássicas da assistência psiquiátrica, o que possibilitou alterações em concepções hospitalocêntricas e manicomiais por todo o mundo (Bueno, 2011).

Após diversos esforços de Basaglia, foi aprovada a lei nº 180 na Itália, também chamada de Lei Basaglia, que visava superar os hospitais psiquiátricos progressivamente (Serapioni, 2019).

O seu reconhecimento internacional facilitou para que seus ideais fossem introduzidos no Brasil, fomentando a Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica no país. Assim, a concepção de uma reforma psiquiátrica que abolisse o paradigma asilar e que promovesse a inclusão social dos sujeitos com transtornos mentais ganhou espaço (Bueno, 2011).

Para saber mais sobre a bibliografia de Franco Basaglia, é possível encontrar diferentes mídias e matérias que contam um pouco mais sobre sua história:

-Livro: “A Instituição Negada” (1968). / “L’istituzione negata”, em italiano, escrito por Basaglia e publicado pela editora Graal, no Brasil, em 1985, traz o relato de funcionamento de um hospital psiquiátrico e questiona esse tipo de instituição.

-Artigo: de autoria de Paulo Amarante: “Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia” (1994) se propõe a refletir sobre as principais contribuições de Basaglia, assim como apresentação de conceitos e ideias idealizadas pelo italiano. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59701994000100006>.

-Entrevista com Franco Basaglia. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=MJ2NHRwb4TI>.

## QUEM É PAULO AMARANTE?

Paulo Amarante nasceu no município de Colatina, no Espírito Santo. É um psiquiatra e pesquisador conhecido por seu trabalho na área de saúde mental e nas suas ações referentes à defesa da Reforma Psiquiátrica (Recanto das Letras, s.d.).

De acordo com o site oficial de Paulo Amarante, a formação do escritor é ampla. Amarante é Doutor em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Mental, na Itália (Trieste), além de ter realizado Pós-Doutorado em Imola, também na Itália. Ele também é mestre em Medicina Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), é professor e pesquisador do Laboratório de Estudos e Pesquisa em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (Fiocruz), é Presidente de Honra da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) e Vice-Presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO).

Não é incomum que, ao assistir suas palestras e apresentações em eventos, presenciemos seu relato sobre a participação direta para a criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) nos anos 1970. Autor de diversos livros, defensor da relação direta entre cidadania, cultura, liberdade e saúde, Amarante sempre apresentou críticas

ao modelo psiquiátrico clássico fundamentando um pensamento crítico no campo da saúde mental e explicitando a necessidade de mudança, pautada na desinstitucionalização.

Para saber mais Paulo Amarante, bons pontos de partida são seu site oficial ( <https://www.pauloamarante.net>) e seu canal na plataforma Youtube (<https://www.youtube.com/@pauloamaranteiocruz8328>).

Além disso, Amarante é autor, coordenador e organizador de diversos livros, como:

- 1) “Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil” (1998). Editora FIOCRUZ;
- 2) “*O Homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*” (1996). Editora FIOCRUZ;
- 3) “Teoria e Crítica em Saúde Mental – Textos Seleccionados” (2017). Editora Zagodoni;
- 4) “Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica” (1994). Editora FIOCRUZ;
- 5) “Ensaio: subjetividade, Saúde Mental, Sociedade” (2000). Editora FIOCRUZ.

## SEÇÃO DOIS - A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Vamos falar sobre um importante acontecimento do ano de 2011. Trata-se da publicação da Portaria 3088/2011 sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

Antes de apresentarmos a RAPS, falaremos sobre a origem do SUS. Ao final desta seção, destacaremos uma lista de referências com as principais políticas que embasam a estruturação de atividades e as funcionalidades de alguns dos serviços de saúde públicos brasileiros, buscando favorecer uma rápida revisão aos leitores quando necessário.

**Figura 2** – Questões disporadoras sobre a Rede De Atenção Psicossial (RAPS)

1. Qual a importância da RAPS no Brasil?
2. De que modo a RAPS se articula com o cuidado em saúde mental dos indivíduos com os chamados “transtornos mentais”?
3. Como a RAPS pode envolver a comunidade e os serviços de saúde para melhorar o cuidado em saúde mental?
4. Quais são os principais desafios e oportunidades na implementação da RAPS no seu município?
5. A RAPS deve se envolver com ações de prevenção de transtornos mentais e promoção da saúde mental?
6. Quais os limites e as possibilidades para os profissionais que atuam dentro da RAPS?

O Sistema Único de Saúde foi criado pela Lei 8080/1990 e promove o direito ao acesso integral, universal e gratuito para toda população brasileira (Brasil, 2020). Os princípios do SUS mais evidentes são a *universalidade* – todo cidadão tem o direito à

saúde (seguindo a Constituição Federal) e acesso a todos os serviços públicos de saúde, sendo dever do Estado prover tal assistência do cuidado, de forma igualitária, a todas as pessoas; a *integralidade* – todas as pessoas devem ser atendidas de forma integral, desde suas necessidades básicas até outros tipos de assistência, o princípio foca na prevenção e reabilitação da saúde, além dos cuidados profissionais necessários para favorecer o cuidado; e *equidade* – todo atendimento oferecido deve ser realizado de acordo com a necessidade de cada cidadão, entendendo a subjetividade de cada sujeito (Brasil, 1990).

**DICA** [Há uma gama de informações a respeito do SUS, como o seu funcionamento e seu dinamismo. A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais apresenta definições importantíssimas sobre esse sistema tão importante para os brasileiros, como o funcionamento da gestão do SUS e algumas concepções básicas sobre o órgão. Confira aqui: <https://www.saude.mg.gov.br/sus>]

## COMPREENDENDO AS REDES

No Brasil, o Ministério da Saúde é o órgão responsável pela organização e pela elaboração de políticas públicas que enfocam a promoção, a prevenção e a assistência à saúde (Ministério da Saúde, s.d.). Uma estratégia adotada pelo MS para articular suas políticas de saúde são as *Redes*, nas quais os diferentes serviços de saúde estariam vinculados, embasados pelos princípios do Sistema Único de Saúde. A Portaria nº 4.279/2010 do Ministério da Saúde estabelece diretrizes para a organização da chamada Rede de Atenção à Saúde, pautando-se nas concepções do SUS (Oliveira, 2016).

De acordo com o portal de Secretaria de Atenção Primária à Saúde, do Ministério da Saúde (s.d.), as Redes de Atenção à Saúde (RAS):

São arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

Segundo Nakata *et al.* (2020), os sistemas de saúde consistem em uma lógica de integração em Redes de Atenção à Saúde (RAS), ou seja, as Redes de Atenção visam conectar os serviços disponíveis no território, a fim de propor um cuidado mais diligente para a população. Nesse viés, o trabalho ocorre de modo mais cooperativo e operacionalizado, pautado em uma visão compartilhada, eliminando redundâncias e implementando diretrizes clínicas, o que promove uma integração horizontal e vertical dos serviços, com enfoque na qualidade.

O propósito dessas Redes é assegurar a integralidade do cuidado, abrangendo todas as dimensões da assistência à saúde. Tais redes propõem lidar com projetos e processos desafiadores da gestão e atenção à saúde, abrangendo interações entre múltiplos agentes, respondendo a uma crescente demanda por maior acesso aos serviços de saúde pública e pela participação ativa da sociedade civil organizada.

**DICAS** Há algumas redes temáticas no SUS. São exemplos: (a) Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, (b) Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), (c) Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, (d) Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, (e) Rede de Atenção Psicossocial.

Para mais informações sobre as RAS e as redes temáticas acesse: <https://www.gov.br/pt-br/servicos-estaduais/as-redes-de-atencao-a-saude-1>.

[O livro “As Redes de Atenção à Saúde” (2011), de Eugênio Vilaça Mendes, produzido pela Organização Pan-Americana da Saúde, é uma opção para se compreender de forma mais aprofundada os sistemas, o funcionamento/a dinâmica da RAS.]

## REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Uma das redes de saúde criadas é a RAPS - Rede de Atenção Psicossocial, que faz parte da Política Nacional de Saúde Mental, segundo a qual deve prevalecer em cada município brasileiro uma base comunitária de cuidados, ou seja, é proposta a livre circulação de indivíduos em sofrimento psíquico ou com os chamados transtornos mentais pela cidade, pela comunidade e pelos serviços da rede. A RAPS é composta por diferentes serviços, tais como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento (UAs) e, finalmente, os leitos de atenção integral. Os diferentes serviços, articulados em rede, visam promover uma maior autonomia para os sujeitos (Brasil, 2011).

Os objetivos gerais da RAPS são:

- I. Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
- II. Promover a vinculação das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e de suas famílias aos pontos de atenção; e
- III. Garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (Brasil, 2011, art. 3).

A RAPS apresenta suas diretrizes em seu artigo 2, do qual destacamos a necessidade de respeito aos direitos humanos, em defesa da autonomia e liberdade, de combate aos estigmas e preconceitos; de proporcionar cuidado de modo integral e por equipe multiprofissional e interdisciplinar; atenção que englobe a promoção de saúde, os determinantes sociais da saúde e a humanização das práticas.

A RAPS (BRASIL, 2011) é formada por serviços que estão em diferentes níveis de atenção:

- A. Atenção Básica em Saúde:
  - i. Unidade Básica de Saúde (UBS)

- ii. Equipe de Atenção Básica para populações em situações específicas
- iii. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)
- iv. Centro de Convivência
- B. Atenção Psicossocial Estratégica:
  - i. CAPSi
  - ii. CAPS I
  - iii. CAPS II
  - iv. CAPS III
  - v. CAPS AD
  - vi. CAPS AD III
- C. Atenção de Urgência e Emergência:
  - i. UPA/SAMU
- D. Atenção Residencial de Caráter Transitório:
  - i. UA Adulto
  - ii. UA Infanto-Juvenil
- E. Atenção Hospitalar:
  - i. Leitos
- F. Estratégia de Desinstitucionalização:
  - i. SRT
  - ii. PVC
- G. Estratégias de Reabilitação Psicossocial:
  - i. Cooperativas

**Figura 4** - Serviços que integram a RAPS segundo Portaria MS 3088/2011



Fonte: Adaptado de <https://blog.cenatcursos.com.br/conheca-raps-rede-atencao-psicossocial> Acesso 17 de abril de 2024)

Evidenciam-se os objetivos específicos da RAPS em seu artigo 4:

- a. Promover cuidados em saúde especialmente a grupos mais vulneráveis (crianças, adolescentes, jovens, pessoas em situações de rua e populações indígenas);
- b. Prevenir o consumo e a dependência de álcool e outras drogas e reduzir os danos provocados pelo consumo;
- c. Promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas por meio do acesso ao trabalho, à renda e à moradia solidária;
- d. Produzir e ofertar informações sobre os direitos das pessoas, as medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede;
- e. Regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; e
- f. Monitorar e avaliar a qualidade dos serviços mediante indicadores de efetividade e resolutividade da atenção (Brasil, 2011).

**DICA** [O psicólogo Rodrigo Vinícius Gardinal confeccionou um vídeo em seu canal do YouTube. A mídia apresenta alguns aspectos gerais sobre a Rede de Assistência Psicossocial, além de ser um vídeo bem sucinto: [<https://www.youtube.com/watch?v=fvtuELsTVYU&t=611s>]

## SERVIÇOS COMPONENTES DA RAPS

### A) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram regulamentados pela portaria 336, no ano de 2002, e integram a RAPS desde sua constituição em 2011. É formado por uma equipe multiprofissional, atuante sob a ótica interdisciplinar, a qual realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, além de atender indivíduos com necessidades devido ao uso de álcool e outras drogas. O CAPS utiliza de uma lógica que busca auxiliar o sujeito em sua própria área territorial; em regime intensivo de tratamento, semi-intensivo e não-intensivo.

Por sua vez, os CAPS são divididos em diferentes modalidades:

1. CAPSi: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes – até os 17 anos, 11, meses e 29 dias –; ou crianças e adolescentes com sofrimento psíquico intenso decorrente do uso de álcool e outras drogas – até os 15 anos, 11 meses e 29 dias. Indicado para regiões com população acima de 150.000 habitantes (Brasil, 2011).
2. CAPS I: atende pessoas de todas as idades com transtornos mentais graves e persistentes ou pessoas de todas as idades que apresentam sofrimento psíquico intenso decorrente do uso de álcool e outras drogas. O funcionamento é de segunda a sexta-feira em horário comercial. Indicado para regiões com população acima de 20.000 habitantes (Brasil, 2011).

3. CAPS II: Atende pessoas a partir de 18 anos que apresentam sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes. O funcionamento é de segunda a sexta-feira em horário comercial. Indicado para regiões com população acima de 70.000 habitantes (Brasil, 2011).
4. CAPS III: Atende pessoas a partir de 18 anos que apresentam sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes. O funcionamento é de 24 horas por dia, englobando feriados e finais de semana. Indicado para regiões com população acima de 200.000 habitantes (Brasil, 2011).
5. CAPS AD: Atende pessoas a partir dos 16 anos que apresentam sofrimento psíquico intenso decorrente do uso de álcool e outras drogas. O funcionamento é de segunda a sexta-feira em horário comercial. Indicado para regiões com população acima de 70.000 habitantes (Brasil, 2011).
6. CAPS AD III: Atende pessoas a partir dos 16 anos que apresentam sofrimento psíquico intenso decorrente do uso de álcool e outras drogas. O funcionamento é de 24 horas por dia, englobando feriados e finais de semana. Indicado para regiões com população acima de 200.000 habitantes (Brasil, 2011).

## **B) Unidade Básica de Saúde (UBS)**

A Unidade Básica de Saúde tem a responsabilidade de desenvolver/estruturar ações de promoção e prevenção de saúde mental, cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e o cuidado para sujeitos com necessidades devido ao uso de álcool e outras drogas, partindo do contato e comunicação – quando necessário – com os demais pontos da rede. O serviço de saúde é composto por equipe multiprofissional que é responsável pelas ações já citadas, partindo do âmbito individual e coletivo (Brasil, 2011).

Atualmente, no Brasil, há dois diferentes tipos principais de unidades:

1) UBS – Os postos de saúde, conhecidos como Unidades Básicas de Saúde (UBS), oferecem atendimentos gratuitos essenciais em saúde para todas as faixas etárias. Sendo assim, são a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), no qual os cidadãos recebem consultas regulares, acompanhamento, tendo acesso a especialistas e a procedimentos mais específicos, se necessário. Geralmente ficam localizados nos bairros, o que facilita o acesso da população local (Araguari, 2019).

2) UBSF – Já as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) possuem perfil semelhante às UBS, concentrando-se em atendimentos primários e acompanhamento de doenças crônicas. A distinção das UBSF reside na promoção da prevenção, com grupos de moradores em cada território acompanhados por agentes comunitários de saúde. (Araguari, 2019).

Ambas as unidades, UBS e UBSF, resolvem a maioria dos problemas de saúde da população no local, atuando diretamente no território. Por integrarem a estratégia da Atenção Básica, as UBSF são formadas por uma ou mais equipes de Saúde da Família e podem receber apoio especializado pelas recém-criadas eMulti.

**DICA** [A prefeitura municipal da cidade de Araguari (MG) explicita as diferenças entre UBS e UBSF em seu site: “[### \*\*C\) Equipe de Consultório na Rua \(ECR\)\*\*](https://www.araguari.mg.gov.br/noticias/upa-e-ubs-e-ubsf-os-diferentes-atendimentos-oferecidos-pelo-sus-em-araguari.”>https://www.araguari.mg.gov.br/noticias/upa-e-ubs-e-ubsf-os-diferentes-atendimentos-oferecidos-pelo-sus-em-araguari.”</a>]</p></div><div data-bbox=)

É responsabilidade desse serviço, dentro da RAPS, ofertar cuidados em saúde mental para pessoas em situação de rua no geral; para os sujeitos com transtornos mentais e indivíduos usuários de álcool e outras drogas – incluindo as ações de redução de danos, juntamente com a equipe de outros pontos de atenção

da rede de saúde, tais como a UBS, os CAPS, os Prontos-Socorros, e outros (Brasil, 2011).

**DICA** [O vídeo da Secretaria de Atenção Primária à Saúde elucida um pouco sobre a ECR: <https://www.youtube.com/watch?v=ek9iWTv3hig&t=157s>.]

## D) eMulti

A iniciativa eMulti, lançada pelo Ministério da Saúde, representa uma retomada inovadora do cuidado multiprofissional na Atenção Primária, baseando-se na experiência do anteriormente desativado Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que desempenhava um papel estruturante no SUS. Essa retomada enfatiza uma demanda expressada por gestores locais, visando reconstruir a assistência e o cuidado integral. A reintegração das equipes multiprofissionais é fundamental para garantir o cuidado abrangente da população e a potencialização da resolução de problemas de saúde na Atenção Primária, proporcionando acesso a atendimentos especializados nas Unidades Básicas de Saúde. Logo, a estratégia adotada envolve a criação de teias de cuidado, microrredes territoriais e a otimização de estruturas – simplificando a organização e o acesso no SUS. É uma abordagem adaptável a diferentes dimensões, o que transforma o território municipal em um espaço amplo de cuidado da saúde para a população (Ministério da Saúde, 2023).

**DICA** [A respeito do antigo NASF e sobre como suas características são importantes para a estruturação das eMulti: apresentamos um vídeo produzido pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde, o vídeo chamado “Apoio Matricial”, com o técnico do Ministério da Saúde Marcelo Pedra, conta sobre o Apoio Matricial junto ao NASF e a Atenção Básica: “<https://www.youtube.com/watch?v=4I4AIDRTPno&t=23s>”.]

[O vídeo “eMulti - a nova estratégia de equipes multiprofissionais na APS”, do canal Cosems RJ Oficial, é um outro ponto de partida. “<https://www.youtube.com/watch?v=Q1P6IZm854o>”.]

[Finalmente, o vídeo “eMulti x Nasf - As novas modalidades de Equipe Multiprofissional do SUS” evidencia aspectos importantes das eMulti e do Nasf, produzido pelo canal RegulacaodeAaZ e disponível no seguinte link “[https://www.youtube.com/watch?v=ZXPt0F\\_GO2c](https://www.youtube.com/watch?v=ZXPt0F_GO2c).”]

### **E) Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)**

Os espaços residenciais são integrados nas comunidades, visando acolher pessoas que concluíram internações de longa duração, com período superior a dois anos de forma ininterrupta. Esses locais têm como propósito principal receber indivíduos que saíram de hospitais de custódia, hospitais psiquiátricos e outras instituições semelhantes (Brasil, 2011).

**DICAS** [O artigo “As residências terapêuticas e as políticas públicas de saúde mental” (2016), de Flávio Aparecido de Almeida e de Adieliton Tavares Cezar, apresenta um embasamento teórico da importância de políticas públicas como as Residências Terapêuticas. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/igt/v13n24/v13n24a07.pdf>.]

[O Programa de Volta Para Casa, do Ministério da Saúde, é uma iniciativa envolvendo as Residências Terapêuticas. No site do Centro Cultural do Ministério da Saúde é possível saber mais sobre essa proposta: <http://www.ccs.saude.gov.br/vpc/apresentacao.html>.]

[As Residências Terapêuticas são apresentadas nesse recorte do Jornal da Câmara - disponibilizado no canal do Youtube da

Câmara Municipal de Belo Horizonte: <https://www.youtube.com/watch?v=PsVQSNg2P3o>.]

## **F) Centros de Convivência e Cultura**

São unidades públicas, articuladas às Redes de Atenção à Saúde, sobretudo com a Rede de Atenção Psicossocial, nos quais são oferecidos à população em geral espaços de produção e intervenção na cultura e na cidade, assim como ambientes para a sociabilidade (Brasil, 2011).

**DICA** [O Núcleo de Comunicação do SUS Campinas produziu um vídeo chamado de “A Delicada Arte de se Produzir Encontros – Centro de Convivência”, no qual as possibilidades e dificuldades dos Centros de Convivência e Cultura são apresentadas: <https://www.youtube.com/watch?v=5-CwnhrCF0I&t=820s>.]

## **G) Unidades de Acolhimento (UA)**

A Unidade de Acolhimento é um ponto de atenção que oferece cuidados contínuos de saúde no ambiente residencial do indivíduo – seu funcionamento é de 24 horas por dia. O serviço é voltado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas e que, por seu turno, apresentam demasiada vulnerabilidade familiar e/ou social, demandando acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório – por até seis meses. As Unidades de Acolhimento são organizadas em duas modalidades: 1) Unidade de Acolhimento Adulto – destinado para pessoas a partir de 18 anos que fazem uso de álcool e outras drogas e 2) Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil – destinado para adolescentes e jovens, entre 12 e 18 anos completos (Brasil, 2011).

Por sua vez, de acordo com Brasil (2011), o acolhimento na Unidade de Acolhimento é definido pela equipe do CAPS de referência – o serviço é responsável pela elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) do usuário. Além disso, é levada em consideração a hierarquização do cuidado, priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde.

**DICAS** [O artigo “O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas profissionais na conformação dos sujeitos”, divulgado na revista Estudos e Pesquisas em Psicologia, das autoras Luciana Barcellos Fossi e Neuza Maria de Fátima, abarca de forma crítica a forma como as Comunidades Terapêuticas funcionam.] Acesso em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-42812015000100007&script=sci\\_abstract](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-42812015000100007&script=sci_abstract).

[Já o outro texto chamado “Aspectos Punitivos do Tratamento nas Comunidades Terapêuticas: O Uso de Drogas como Dano Social”, também de Luciana Barcellos Fossi e Neuza Maria de Fátima, disponibilizado na Revista Psicologia e Saúde, discute sobre o caráter punitivo no tratamento ofertado aos usuários dos serviços da Comunidade Terapêutica.] Acesso: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/194909>.

[O vídeo de Paulo Amarante, disponibilizado no canal da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), trata da proposta de reformulação da Política Nacional de Saúde Mental – explicitando as Comunidades Terapêuticas, chamadas “fazendinhas” em alguns locais do Brasil, e sua descrição crítica.] Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=MPnBb8eEKg0>.

## H) Urgência e Emergência

Este serviço é responsável, no seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de emergência das pessoas – as quais, no quesito da RAPS, apresentam sofrimento ou transtorno mental, além dos sujeitos com necessidades devido ao uso de álcool e outras drogas. Nesse setor, é possível contar com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), com a sala de estabilização e com a Unidade de Pronto Atendimento – urgência e emergência. Finalmente, há também o pronto socorro (Brasil, 2011).

**DICA** [A TV Brasil apresenta um vídeo com breve recorte sobre o serviço do SAMU do Distrito Federal, no qual já há o serviço de atendimento de saúde mental: <https://www.youtube.com/watch?v=XRScGg8HxI4>

## I) Leitos Hospitalares

Tratam-se de enfermarias especializadas para atenção aos indivíduos com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas ou pessoas com sofrimento e/ou transtorno mental em Hospital Geral. No local é oferecido tratamento hospitalar para casos graves relacionados a transtorno/sofrimento mental, assim como para pessoas com problemas devido ao uso de álcool e outras drogas, sobretudo em casos de abstinência e intoxicações severas (Brasil, 2011).

## **A POLÍTICA MS Nº 3.088/2011 E SUAS ALTERAÇÕES AO LONGO DO TEMPO (PORTARIA Nº 3.588/2017 E PORTARIA Nº 757/2023)**

A Portaria nº 3.088 de 2011, que apresenta a RAPS, sofreu algumas alterações no decorrer do tempo. Com a publicação da

Portaria nº 3.588 de 2017, houve a inclusão do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas IV (CAPS AD IV) em municípios com mais de 500 mil habitantes e funcionamento em cenas de uso de substâncias; leitos em Hospitais Especializados em Psiquiatria; Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral; Hospital-Dia e as Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT) (Brasil, 2017).

Todavia, no ano de 2023, a Portaria nº 757 revogou a Portaria MS 3588/2017 e, com isso, eliminou a presença desses quatro serviços citados. Nesse contexto, o Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aqueles com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, voltou a ganhar destaque. Nele estão os chamados Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral (Brasil, 2023).

É importante salientar também que alguns serviços, como as Comunidades Terapêuticas (SARR/CT), que aparecem na proposta da Portaria nº 3.088, de 2011, não estão listadas como serviços da RAPS no site do Ministério da Saúde em sua apresentação sobre a RAPS.

**DICA** [Pelo site do Ministério da Saúde é possível conferir quais serviços são ofertados atualmente pela RAPS: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desme/raps>].

## A CRÍTICA À CONTRARREFORMA

As mudanças ocorridas na composição da RAPS nos últimos anos permite pensar que a Política Nacional de Saúde Mental nem sempre é alterada de forma positiva.

Diferentes autores apresentam críticas ao que tem sido chamado de “contrarreforma psiquiátrica”. A Luta Antimanicomial foi reforçada pela redemocratização política do Brasil, assim como pela construção do SUS, mas suas bandeiras,

segundo Antunes (2022), nunca foram de fato consolidados no país. Isso se deve a vários fatores, tais como: um investimento financeiro público massivo nas comunidades terapêuticas, ou seja, o fomento de organizações privadas que apresentam o “modelo manicomial” como concepção – as quais violam os direitos dos sujeitos; negligência à implementação de serviços que visam à atenção efetiva em saúde mental, como os CAPS, além de déficit no repasse de verbas providas do Governo Federal para esses serviços (Antunes, 2022).

Ainda que a Lei 10216 esteja em vigor e aponte para o cuidado extra-hospitalar como prioridade, é importante levar em consideração que modelo manicomial não só diz respeito aos hospitais psiquiátricos. O manicômio diz respeito a todas as formas de opressão às diferenças, para além da loucura. O neoliberalismo é um dos principais fatores que ocasionam a produção do sofrimento psíquico dos sujeitos (Antunes, 2022). Na onda neoliberal, investimento em saúde é considerado um gasto a ser controlado para o bem das finanças públicas. O estudo de Oka e Costa (2022) aponta que há uma tendência de as políticas de saúde mental sofrerem desmonte sistemático no Brasil, sobretudo a partir do ano de 2015. Nesse sentido, fica evidente que a discussão sobre a loucura ultrapassa os campos da psiquiatria, englobando questões pertinentes ao modo de produção capitalista, que dialoga com a opressão e a exploração dos indivíduos. De mesmo modo, os autores elencam o absolutismo médico-psiquiátrico, a moralização do uso de psicofármacos – por parte de profissionais que seguem a linha da ciência positiva, as violações de direitos e a mercantilização/privatização do cuidado em saúde mental como um importante retrocesso marcado pelas políticas da contrarreforma no Brasil.

Cruz, Gonçalves e Delgado (2020) apresentam uma crítica às propostas de políticas da contrarreforma, como o CAPS AD IV, que acaba por desvirtuar a lógica de cuidado de outros CAPS e da própria Reforma Psiquiátrica. Tal como foi proposto, o CAPS IV apresentava características estruturais de um pequeno hospital

psiquiátrico, remetendo ao modelo asilar. Já as demais Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT) eram quase nada resolutivas e suas propostas muito fazia lembrar os ambulatórios psiquiátricos ou de saúde mental presentes no Brasil nos anos 1970-80.

De acordo com Doniec *et al.* (2018, apud Guimarães, 2019, p. 131):

“A remanicomialização da Política Nacional de Saúde Mental faz parte de um projeto geral de desmonte do SUS e de sua universalização que segue tendências neoliberais baseadas no nefasto trinômio da austeridade, privatização e desregulamentação que, acentuadas pela grave crise econômica, ataca um dos princípios fundamentais da atenção integral à saúde, desobedecendo um direito constitucional”.

**DICA** [A leitura do artigo “Formação em saúde mental pelas residências multiprofissionais: contexto de contrarreforma psiquiátrica e defesa da atenção psicossocial” trabalha com questões da contrarreforma nas residências multiprofissionais. Acesso em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022230303pt.>]

## REFERÊNCIAS DE ALGUMAS POLÍTICAS PÚBLICAS

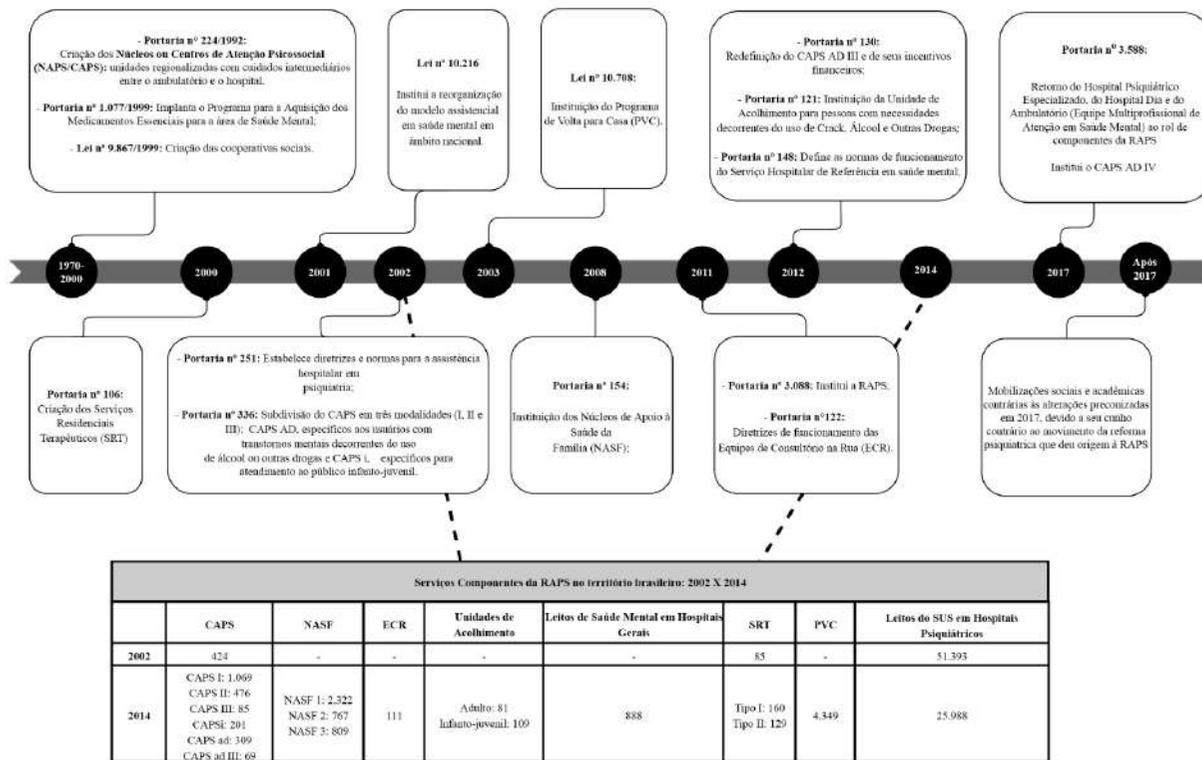
POLÍTICA	DATA	DESCRIÇÃO
Lei nº 8080	19 de setembro de 1990	Dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, instituindo o Sistema Único de Saúde (SUS)
Lei nº 10.216	06 de abril de 2001	Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde

		mental.
Portaria nº 336	19 de fevereiro de 2002	Estabelece que os CAPS podem se constituir em três modalidades: CAPS I, CAPS II e CAPS III por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria
Portaria nº 4.279	30 de dezembro de 2010	Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)
Portaria nº 3.088	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
Portaria nº 148	31 de janeiro de 2012	Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar e da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio
Portaria de Consolidação nº 03	28 de setembro de 2017	Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde

Portaria de Consolidação nº06	28 de setembro de 2017	Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde
Portaria nº 3.588	21 de dezembro de 2017	Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial e dá outras providências
Portaria nº 757	21 de junho de 2023	Revoga a Portaria GM/MS 3.588, de 21 de dezembro de 2017, e dispositivos das Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, e repristina redações

**DICA** [A Secretaria de Saúde do estado de Santa Catarina oferece uma lista com as legislações básicas de saúde mental. Por meio de endereço eletrônico a seguir é possível acessar tal lista: [https://www.saude.sc.gov.br/index.php/servicos/gestores-da-asude/282-Saúde%20Mental/5331-legislacao-saude-mental#:~:text=Portaria%20nº%203.088%2C%20de%2023,Único%20de%20Saúde%20\(SUS\).](https://www.saude.sc.gov.br/index.php/servicos/gestores-da-asude/282-Saúde%20Mental/5331-legislacao-saude-mental#:~:text=Portaria%20nº%203.088%2C%20de%2023,Único%20de%20Saúde%20(SUS).)]

**Figura X – Linha do tempo da RAPS I**



Fonte: Coelho et al. (2023, p.8). Utilizado mediante autorização.

## SEÇÃO TRÊS - A CRISE E A INTERNÇÃO PSIQUIÁTRICA

Como destacamos anteriormente, a assistência em saúde mental no Brasil deve, primeiramente, ocorrer com apoio de serviços extra-hospitalares ou comunitários, nos bairros e município em que os sujeitos residem. No entanto, como a Lei 10.216/2001 assegura, esgotados os recursos comunitários, a internação de curto ou médio prazo é uma opção de tratamento no Brasil. Nesse contexto, percebe-se o quanto é imprescindível tratarmos de questões fundamentais no cuidado em saúde mental. Nessa seção falaremos sobre a oferta de leitos em hospitais gerais; a definição de crise; a presença de familiares/amigos e a rede de apoio de pacientes; internações específicas; a presença da equipe multidisciplinar no tratamento, dentre outros.

**Figura 3** – Perguntas disparadoras sobre internação e crise

1. Para você, o que é crise em saúde mental?
2. Como saber se uma pessoa está tendo uma crise em saúde mental?
3. Quais serviços devem ser procurados quando uma pessoa está vivenciando uma crise em saúde mental?
4. Toda pessoa em crise de saúde mental precisa ser internada?
5. Como a presença da equipe multidisciplinar pode impactar o tratamento de uma crise em saúde mental?
6. Quais os benefícios de integrar os diferentes profissionais no cuidado de pacientes com problemas de saúde mental? E como essa abordagem pode ser aprimorada?
7. Como garantir que as internações em saúde mental sejam realizadas de forma ética e respeitosa, considerando os direitos dos pacientes?

8. Pense em quais seriam os critérios que devem ser considerados ao determinar a necessidade de uma internação específica para um paciente com transtornos mentais.
9. Qual a importância de familiares e amigos no processo de tratamento dos pacientes com transtornos mentais?
10. Quais os desafios para a disponibilização de leitos em hospitais gerais? Como isso afeta o tratamento?

## A DEFINIÇÃO DE CRISE

A crise em Saúde Mental é definida como qualquer situação em que o comportamento de uma pessoa a impeça de cuidar de si mesma, a coloque em risco de ferir a si ou outras pessoas e/ou reduza sua capacidade doméstica e laborativa. Ou seja, **a definição de crise ultrapassa as questões clínicas e adentra em outra ordem de complexidade, pois considera também a subjetividade**. No dia-a-dia, a crise é “definida a partir do momento em que afeta a rotina da família e comunidade e, quando ela ocorre, é comum essas pessoas sentirem-se despreparadas e sem saber o que fazer”. (UFMG, 2019, para.2).

Alguns pontos cruciais para a definição de *situações de crise* estão elencados a seguir. O indivíduo deve responder a pelo menos três desses cinco parâmetros:

- a. Grave sintomatologia psíquica aguda;
- b. Grave ruptura de relação no plano familiar e/ou social;
- c. Recusa de tratamentos psiquiátricos (remédios, internação, programas terapêuticos). Afirmação de não necessidade do tratamento, porém aceitação do contato;
- d. Recusa obstinada do contato psiquiátrico propriamente dito, e
- e. Situações de alarme no contexto familiar e/ou social. Incapacidade pessoal de afrontá-las (Dell’Acqua & Mezzina, 2005, p. 59).

A compreensão da crise que apresentamos aqui tem três dimensões fundamentais: o **contexto social** (envolvendo redes sociais e familiares); as **considerações clínicas** e a **perspectiva subjetiva do indivíduo diante de sua crise**. Dessa forma, a crise se revela como um fenômeno simultaneamente individual e social

e apresenta aspectos objetivos e subjetivos. Essa abordagem mais abrangente permite uma análise mais completa e sensível das complexidades envolvidas, das interações sociais e da experiência única do sujeito (Campos, 2014).

## A CRISE NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

De acordo com Morin (2007 apud Campos, 2014, p. 169) “a crise é um fenômeno complexo e suas dimensões estão em uma relação dialógica”. Ainda seguindo o autor Morin (1999 apud Campos, 2014, p. 169) tais dimensões “se influenciam, produzem vetores, forças, oposições, antagonismos que convivem entre si e formam um todo, o qual não pode ser vislumbrado pelo simples somatório das partes”.

Qual a porta de entrada, no SUS, para o cuidado de uma pessoa em crise de saúde mental? No caso de uma crise, a família ou as pessoas do entorno podem solicitar o auxílio de um SAMU para o transporte da pessoa até um serviço de urgência psiquiátrica. Serviços como esse ainda podem ser chamados de Pronto Socorros, Pronto Atendimento, Unidade de Urgência, variando de uma cidade a outra.

Segundo o site do Ministério da Saúde (2023):

“Os pontos de Atenção de Urgência e Emergência são responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com problemas de saúde mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas”.

A urgência psiquiátrica, elucidada por Jardim e Dimenstein (2007), denota um aspecto no qual a persistência de práticas manicomialis, como a ênfase na supressão da crise em detrimento de uma investigação de causas subjacentes – a fim de controlar os indivíduos, a medicalização e a contenção; a falta de questionamentos (por parte dos usuários dos serviços e da

sociedade) sobre os serviços de saúde e a crise em si são aspectos vigentes. Apesar das políticas públicas existentes, que têm como objetivo um cenário oposto a esse, ainda há muito caminho a ser percorrido para a superação dessa lógica. Ademais, a concepção de risco, em que há uma ideia de prever o agravamento ou o desencadeamento de uma suposta doença mental, implica cenários com perspectivas medicalizantes; uma manutenção da visão da loucura como doença e a normalização dos sujeitos, o que fomenta o modelo de uma produção da loucura, assim como a venda de uma possível “cura” para tal.

As autoras mencionam ainda o fato de a lógica hospitalocêntrica ser mais valorizada que os serviços ofertados fora dessas instituições, como os serviços do território ofertados pela RAPS. Nesse sentido, o processo de desinstitucionalização é retardado em um mundo que valoriza mais a lógica psiquiátrica e medicalização da crise que alternativas mais razoáveis e sensatas no tratamento das pessoas portadoras de transtornos mentais. Portanto, a exclusão social dos sujeitos que necessitam do cuidado em saúde mental, assim como a invalidação da Luta Antimanicomial, é algo recorrente em nossa sociedade.

Campos (2014) aponta que a urgência e emergência ainda estão limitadas a uma dimensão de sintomas e padronização de eficácia das respostas, ou seja, no campo da saúde, sobretudo no cuidado em saúde mental, há uma redução da compreensão da crise, o que impossibilita uma abordagem de assistência mais próxima dos preceitos da Reforma Psiquiátrica.

## **A OFERTA DE LEITOS EM SAÚDE MENTAL NO HOSPITAL GERAL**

Caso a crise não se resolva com o suporte da unidade de urgência, a pessoa poderá ser transferida para um leito psiquiátrico, de preferência instalado em um hospital geral.

O Ministério da Saúde (2023) aponta sobre o leito de saúde mental em hospital geral:

“Este é um serviço do componente de Atenção Hospitalar da RAPS, que oferece tratamento hospitalar para casos graves relacionados a problemas de saúde mental e ao uso prejudicial de álcool e outras drogas. Tem como finalidade assegurar a retaguarda clínica e psiquiátrica, especialmente, em situações de crise, abstinências e intoxicações severas. Preconiza-se que as internações sejam de curta duração até a estabilização clínica, bem como a articulação e referenciamento para continuidade dos cuidados nos articuladas outros serviços extra-hospitalares da RAPS, de acordo com o projeto terapêutico singular”.

**Vale ressaltar que nem todos os dispositivos da Portaria de Consolidação nº 3 de 2017 foram revogados pela Portaria nº 757 de 2023. Nesse sentido, os critérios da oferta de leitos em saúde mental no hospital geral permanecem os mesmos, os quais estão citados a seguir.**

Conforme indica a Portaria de Consolidação nº 03, de 2017, a Linha de Cuidado em Saúde Mental na qual o hospital geral está inserido, é um ponto de atenção e disponibiliza leitos de saúde mental. Para tal, é oferecido um tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e/ou ao uso de álcool e outras drogas – em especial em casos de abstinência e intoxicações severas (Paraná, 2021).

Assim, seguindo os parâmetros estabelecidas na Portaria Consolidada nº 03/2017, em seu artigo 59, os leitos em saúde mental nos hospitais gerais devem considerar: a) um leito de atenção em saúde mental para cada 23 mil habitantes de um município/região; b) número de leitos não deve exceder o percentual de 20% do número total de leitos do Hospital Geral, até no máximo 30 leitos.

Além disso, os leitos em saúde mental em hospital geral possuem diretrizes a serem seguidas, conforme Portaria Consolidada nº 03/2017 - anexo V (Paraná, 2021):

- Preservação da vida e garantia da continuidade do cuidado pelos outros componentes da Rede de Atenção Psicossocial;
- Integração e articulação à Linha de Cuidado em Saúde Mental regional;
- Oferta de suporte hospitalar para situações de urgência/emergência decorrentes do consumo ou abstinência de álcool, crack e outras drogas, bem como comorbidades psiquiátricas e/ou clínicas advindas da Rede de Atenção às Urgências, da Linha de Cuidado em Saúde Mental e da Atenção Básica;
- Funcionamento em regime integral, nas 24 horas do dia e nos 7 dias da semana, sem interrupção da continuidade entre os turnos.

Ademais, a Portaria Consolidada nº 03/2017 - artigo 53, Anexo V - apresenta que o cuidado, seguindo o projeto técnico do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas, deve ter como referências (Paraná, 2021):

- Internação de curta duração, respeitando as especificidades de cada caso;
- Adoção de protocolos técnicos para o manejo de casos;
- e Estabelecimento de fluxos entre os pontos de atenção da Linha de Cuidado em Saúde Mental e Rede de Atenção às Urgências e ao sistema de regulação;
- Incorporação da estratégia de redução de danos como norteadora de projetos terapêuticos singulares;
- Articulação com outros serviços da Linha de Cuidado em Saúde Mental para continuidade do tratamento, com o objetivo de prevenir futuras internações;
- Garantia de transferência do usuário para estruturas hospitalares de maior complexidade, quando houver necessidade devido às condições clínicas;
- Avaliação permanente, por equipe multiprofissional, dos indicadores de qualidade e humanização da assistência prestada.

Faz parte das atividades/funções do projeto técnico do Serviço Hospitalar, de acordo com a Portaria Consolidada nº 03/2017, artigo 54, Anexo V (Paraná, 2021):

- Avaliação clínica e psicossocial realizada por equipe multiprofissional;

- Abordagem familiar, incluídas orientações sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, alta hospitalar e a continuidade do tratamento em outros pontos de atenção;
- Articulação com outros pontos de atenção da Linha de Cuidado em Saúde Mental para construção do Projeto Terapêutico Singular.

**DICA** [É possível ter acesso às portarias consolidadas pelos endereços eletrônicos a seguir:

1) Portaria Consolidada nº 3, de 2017: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017ARQUIVO.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017ARQUIVO.html).

2) Portaria Consolidada nº 6, de 2017: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html).

## **A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR E/OU MULTIPROFISSIONAL**

De acordo com Peduzzi (1998 apud Peduzzi, 2001), a equipe multiprofissional é composta por profissionais de diferentes áreas que colaboram entre si, em uma modalidade coletiva, para fornecer cuidados e assistência abrangente às pessoas. Essa abordagem visa integrar e coordenar as diversas competências e conhecimentos especializados de cada profissional, buscando alcançar objetivos comuns assim como uma assistência mais completa. E, por intermédio da comunicação, que envolve a mediação simbólica da linguagem, ocorre a integração das ações multiprofissionais e o fomento à cooperação.

No campo da Saúde Mental, as diferenças (metodológicas, conceituais, práticas e terminológicas) no que tange o cuidado à loucura são uma dificuldade evidente ao traçar algo em comum nas variadas áreas do conhecimento e disciplinas. Todavia, essa multiplicidade apresenta uma potencialidade desses campos no trato do cuidado em saúde mental. Ao mesmo tempo que o serviço interdisciplinar oferece um cuidado integral e plural é necessária uma organização apurada das equipes, a fim de

reduzir os entraves, como a dificuldade de comunicação e limites profissionais entre uma área e outra (Vasconcellos, 2010).

## PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS)

As diretrizes estipuladas pela Política de Saúde Mental, regulamentada pela Portaria nº 3.088/2011, integram à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) a criação do Projeto Terapêutico Singular (PTS) como parte essencial de seus princípios operacionais. Reconhecido como uma ferramenta crucial, o PTS orienta a atenção e os cuidados destinados a sujeitos, individualmente ou coletivamente, sendo recomendado às equipes para auxílio na gestão de casos e na organização do processo de trabalho. Esse conjunto de estratégias terapêuticas integradas, elaborado pela colaboração coletiva de uma equipe interdisciplinar, tem como propósito central aprofundar as opções de intervenção em casos específicos. Embora seja comumente empregado em situações mais desafiadoras, o PTS pode eventualmente ser utilizado em qualquer equipe para analisar e atribuir responsabilidades a problemas complexos (Oliveira, 2010).

Cunha (2005) demonstra, nitidamente, as quatro etapas envolvidas no PTS:

1) **Diagnóstico/Problema** – envolve a avaliação clínica e psicossocial do usuário, com o intuito de identificar riscos, potencialidades e vulnerabilidades;

2) **Definição de Metas** – são propostas estratégias para superar as questões identificadas do diagnóstico, levando em consideração períodos de curto, médio e longo prazo;

3) **Divisão de Responsabilidades** – estabelece-se a distribuição de responsabilidades entre usuário e equipe, alinhadas com as tarefas e metas definidas, destacando a corresponsabilização no processo terapêutico;

4) **Reavaliação** – promove uma análise conjunta da evolução do quadro do usuário e das pactuações realizadas, permitindo ajustes conforme as preferências e necessidades do usuário.

**DICA** [Novamente, a Secretaria de Atenção Primária à Saúde, com o vídeo sobre o Projeto Terapêutico Singular, protagonizado pelo técnico do Ministério da Saúde, Marcelo Pedra, conta sobre o PTS junto ao NASF e a Atenção Básica: “[https://www.youtube.com/watch?v=dcC7Uh\\_zc0I&t=40s](https://www.youtube.com/watch?v=dcC7Uh_zc0I&t=40s)”.

## REDE DE APOIO, FAMÍLIA E O SOFRIMENTO PSÍQUICO

O papel das famílias no cuidado às pessoas em sofrimento psíquico grave tem sido estudado por alguns autores (Pegoraro, 2009; Rosa, 2005; Rosa; Silva, 2020). Em seus estudos, Pegoraro (2009) evidencia a relevância da família e sua importância nos cuidados e tratamento dos indivíduos nos tempos atuais. A rede de apoio informal – conceito que engloba as relações interpessoais de uma pessoa –, geralmente limitada aos familiares, tem um papel crucial não somente na manutenção do vínculo entre equipes de saúde e família, mas também na criação de estratégias de cuidado com os usuários e com esses próprios grupos familiares.

Com a perspectiva da desinstitucionalização psiquiátrica, as famílias retomam o protagonismo do cuidado informal, nas suas casas, onde o usuário está na maior parte do tempo. Rosa e Silva (2020) destacam que o modelo assistencial fundamentado na desinstitucionalização psiquiátrica reconhece a família em uma multiplicidade de significados e abordagens. Não mais considerada como uma entidade periférica no tratamento, como era comum no modelo centrado em hospitais, a família passou a ser concebida como parte integral desse processo, dividindo as

responsabilidades no cuidado(informal) com o Estado (cuidado formal prestado por equipes de saúde).

Ao mesmo tempo, a inclusão da família no cuidado dos familiares com questões em saúde mental e o lugar que ela pode ocupar não corresponde ao desejo dos profissionais da saúde. No cenário da assistência psiquiátrica há o receio do familiar/cuidador de ser rotulado e estigmatizado, visto que qualquer associação à pessoa diagnosticada com transtornos mentais graves pode ser mal-recebida por esses cuidadores (Rosa, 2005). Ademais, o familiar, na tarefa de cuidado, acabar por se encontrar em um papel demandante, que pode levá-lo a uma sobrecarga e exaustão (Pegoraro; Caldana, 2006). Assim, o convívio prolongado com a pessoa em sofrimento psíquico grave, especialmente quando em crise, pode ocasionar desgaste físico, emocional e/ou econômico dos familiares (Rosa; Silva, 2020; Pegoraro; Caldana, 2006).

Dificuldades vivenciadas pelos cuidadores e familiares no deslocamento/transporte até os serviços de saúde e questões socioeconômicas de um grupo familiar acabam por dificultar a presença efetiva dessas pessoas no cuidado com os pacientes. Assim, é preciso conhecer a realidade de cada grupo familiar sem julgar que a família tem desinteresse pelo acompanhamento do caso pelo serviço. Os familiares ou cuidadores, em sua maioria, compartilham com os profissionais e serviços de saúde não apenas a crise psiquiátrica, mas também todos os desafios existenciais/pessoais que enfrentam. A crise psiquiátrica, nesse cenário, atua como um catalisador, amplificando as dificuldades vivenciadas pelas famílias, que já se encontram em situações de vulnerabilidade decorrentes de contextos marcados por pobreza e exclusão social (Rosa, 2005).

Rosa (2005) aponta que a questão do Projeto Terapêutico Singular dos serviços de saúde mental incluindo as famílias é algo que merece amplo espaço de debate. Os papéis que os cuidadores poderiam exercer no cuidado com os pacientes nem sempre estão de acordo com as expectativas dos profissionais da saúde. Por sua

vez, as sugestões das equipes muitas vezes não correspondem aos desejos e possibilidades de suporte por parte do grupo familiar. Soma-se a isso a necessidade de entender as famílias como alvo de cuidados por parte das equipes: paciente e família precisam de apoio profissional (Rosa & Silva, 2020).

## **SOBRE INTERNAÇÕES E SUAS QUESTÕES**

Segundo a Lei 10.216, de 2001, as internações podem ser **voluntárias** – com consentimento do paciente e indicação psiquiátrica; **involuntárias** – sem consentimento do paciente, mediante consentimento do responsável, com comunicação ao Ministério Público e indicação psiquiátrica; e **compulsória** – determinada pela Justiça.

A partir disso, algumas questões devem ser levadas em consideração no cuidado de pacientes que estão internados. A seguir, elencam-se alguns pontos principais que podem ser de grande valia durante o tratamento dessas pessoas.

### **A) Admissão**

A admissão de pacientes para internação psiquiátrica pode ser originada pela demanda local, com solicitação de vaga de outros serviços. A equipe, incluindo assistencial e de apoio, deve receber treinamento específico. É recomendado que os pacientes estejam conscientes e acompanhados por familiar. A avaliação inicial determina a hospitalização ou encaminhamento, com informações para tratamento em outros dispositivos da rede (Oliveira, 2013).

### **B) Contrato**

É importante que o paciente psiquiátrico hospitalizado compreenda as normas da instituição, assim como tome ciência de seus direitos durante o processo de internação. O paciente, por

sua vez não permanece restrito ao seu leito, podendo transitar pelos espaços de convivência. Inicialmente, os cuidados iniciais são mais rigorosos e demandam uma observação mais intensa, porém, com o tempo, o sujeito passa a ter mais autonomia. Cada paciente apresenta suas particularidades, alguns necessitam de mais auxílio para uma tarefa ou outra. Assim, as regras – tais como horário de banhos, refeições, medicações e objetos permitidos/impedidos – devem ser comunicados ao paciente e ao seu responsável, de mesmo modo, as visitas familiares devem ser combinadas previamente com o grupo. As ações devem ser comunicadas aos pacientes antes da internação (Oliveira, 2013).

### C) Pacientes específicos

A autora Alexandra Oliveira (2013), no capítulo “A oferta de leitos em saúde mental no hospital geral”, evidencia a atenção aumentada perante os pacientes com **comportamento agitado/violento**, o manejo exige uma observação ainda mais cuidadosa e uma atuação conjunta com a equipe assistencial, o que de certo modo promove uma eficiência no cuidado com o paciente. As medicações e/ou contenção física por período determinado, juntamente do manejo verbal, são formas de lidar com os pacientes.

Em casos de paciente com **condutas suicidas e autolesivas** é necessária a observação cuidadosa, de modo a evitar acesso a lugares, objetos e materiais potencialmente lesivos. Opta-se por uma abordagem mais direta e acolhedora por parte da equipe (Oliveira, 2013).

### D) Contenção

A utilização de restrições/contenções em contextos de saúde mental é um tema complexo e controverso. Pode haver implicações éticas, legais e clínicas associadas a essas práticas, as quais, muitas vezes, são objeto de debate na busca por abordagens

mais humanizadas e eficazes no cuidado com pacientes em crises ou em ambientes de internação. Nesse sentido, os estudos de Filippi et al. (2011) apontam que a restrição ainda é muito utilizada nas unidades de internação e como um recurso voltado para as conduções de crise em diferentes serviços. Os autores afirmam que a falta de protocolos nas instituições de saúde para a aplicação desses métodos também é algo comum.

**DICA** [Uma sugestão de leitura é o artigo que discorre sobre a humanização e a contenção mecânica, no qual é feita uma revisão de literatura narrativa: “Contenção mecânica x humanização: contributos da enfermagem para o cuidado na saúde mental no âmbito hospitalar”. Acesso em: <https://periodicos.cerradopub.com.br/bjs/article/view/124>.]

## **E) Altas e encaminhamentos**

A fase de alta hospitalar requer um cuidadoso planejamento, com a recuperação do paciente como o objetivo central das intervenções terapêuticas. Assim, desde o início do processo de internação, por exemplo, é crucial estabelecer um diálogo aberto com o paciente e seus familiares para gerenciar expectativas realistas e evitar frustrações. Durante a internação, a prioridade é dada ao tratamento dos sintomas mais agudos e graves, que impactam a autonomia, a capacidade crítica e a segurança do paciente e de seus familiares, conforme explicitado por Oliveira (2013).

O paciente com uma longa trajetória de doença e sintomas crônicos tende a apresentar respostas menos significativas ao tratamento hospitalar, destacando-se a maior eficácia das abordagens ambulatoriais. Logo, ao se aproximar da indicação de alta, é aconselhável notificar os serviços da rede e agendar o primeiro atendimento pós-alta. Quando possível, proporcionar ao paciente medicamentos para os primeiros dias pós-alta, visando

minimizar as chances de abandono do tratamento e prevenir recaídas (Oliveira, 2013).

Finalmente, a atenção especial e medidas coordenadas tornam-se cruciais para pacientes que experimentam relapsos recorrentes, envolvendo não apenas o hospital, mas também a família e a rede assistencial. Tais estratégias integradas visam garantir uma transição suave, promover a continuidade do cuidado e, assim, melhorar a experiência do paciente no processo de alta hospitalar.

O **fluxo de encaminhamento** é definido de maneira específica em cada município. Sendo assim, fica a cargo de cada serviço de saúde das cidades definir protocolos para tal ação de encaminhamento.

**DICAS** [A prefeitura de Brusque, em Santa Catarina, apresenta um exemplo de protocolo territorial para as ações do fluxo de encaminhamento de pacientes.]

Para mais informações sobre o protocolo, acesse o endereço eletrônico: [https://wiki.smsbrusque.sc.gov.br/images/8/8f/AMENT\\_AMBULATORIO\\_2023.pdf](https://wiki.smsbrusque.sc.gov.br/images/8/8f/AMENT_AMBULATORIO_2023.pdf).

[O Ministério Público Federal e a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão promoveram a formulação de uma cartilha chamada “Direito à Saúde Mental”, na qual questões pertinentes, como a internação e o tratamento, são discutidas.] <http://www.cfess.org.br/arquivos/cartilha-saude-mental-2012.pdf>.

## **A IMPORTÂNCIA DAS REUNIÕES DE EQUIPE E REUNIÕES DE CASO PARA CONSTRUÇÃO DO CUIDADO EM REDE**

É responsabilidade compartilhada dos profissionais da equipe de atenção básica realizar reuniões de equipe com o objetivo de discutir o planejamento e avaliar as ações da equipe

com base nas informações e dados disponíveis. Esses encontros podem se tornar um importante meio de organização, estruturação e troca de conhecimentos, qualificação profissional e formação continuada, bem como potenciais espaços de tomada de decisão. Eles podem servir como ferramentas para reunir diferentes tipos de conhecimento para a construção cotidiana de fluxos de trabalho e planejamento das equipes de saúde. (Grando & Dall’agnol, 2010).

As práticas de matriciamento proporcionam uma colaboração entre a equipe, profissionais de referência, usuários e famílias. Nas atividades interdisciplinares, as interconsultas tornam-se um aspecto fundamental e são um instrumento valioso ofertado pelo apoio matricial. Assim, as reuniões de equipe englobam a discussão de casos de maneira colaborativa. Logo, estratégias como visitas domiciliares, os grupos conjuntos e as próprias consultas são extremamente importantes para o matriciamento – o que permite a troca de experiência entre diferentes profissionais das várias áreas do saber. A realização de atividades compartilhadas, como a avaliação do estado mental, é cuidadosamente planejada durante discussões de caso e integram um projeto terapêutico a ser acordado com os usuários (Gonçalves, 2013)

Além das trocas englobando organização do processo de trabalho, informações/comunicados, as reuniões de equipe compreendem todo um mundo de sentimentos, emoções e pensamentos por parte dos profissionais. Por meio da linguagem e da cultura, tais sujeitos dão significado a essas questões. Nesse sentido, afastada do modelo tradicional taylorista, as reuniões preconizam espaços estratégicos para reunir os profissionais que executam práticas no mesmo ambiente coletivo, a fim de cultivarem ações interdisciplinares e, ao mesmo tempo, possibilitar que haja esse espaço potencial para lidar com os anseios, dúvidas, informações, afetos e conhecimentos (Oliveira & Daltro, 2019; Santos et al., 2017).

**DICA** [No site da Universidade Federal de Pelotas é possível encontrar os principais instrumentos/conceitos utilizados na Atenção Básica.] <https://dms.ufpel.edu.br/sus/files/estante.html>.

## POTENCIALIDADE DO/NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Para efetuar uma verdadeira transformação na atenção à saúde mental, é crucial promover uma revisão abrangente tanto nos fundamentos teóricos quanto nas abordagens práticas durante crises. Isso implica romper com paradigmas tradicionais, adotando uma visão mais inclusiva, que reconheça a complexidade dos fatores que afetam o bem-estar psicológico. Além disso, é essencial integrar abordagens multidisciplinares e inovadoras, garantindo uma resposta personalizada, ao invés de reativa, para melhor atender às necessidades individuais e sociais de cada sujeito e suas famílias (Campos, 2014).

*“Em algumas experiências de reforma psiquiátrica, não é incomum que uma rede de serviços comunitários e territoriais até exuberante, diversificada, com várias ofertas, não consiga dar respostas consistentes às crises, deixando o portador de sofrimento mental cair na teria do manicômio. É importante ressaltar que a crise se apresenta como um desafio apenas quando se objetiva subverter o modelo manicomial. A crise nunca foi uma questão teórica e muito menos prática para o modelo manicomial ou para as reformas conciliadoras, nas quais a rede comunitária não passa de um satélite gravitando ao redor manicômio”* (Campos, 2014, p. 194).

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, F. A.; CEZAR, A. T. **As residências terapêuticas e as políticas públicas de saúde mental**. IGT rede, Rio de Janeiro, v. 13, n. 24, p. 105-114, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/igt/v13n24/v13n24a07.pdf>. (Seção 2 - Dica)
- AMARANTE, P. D. C. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena História da Psiquiatria no Brasil. In: **Psiquiatria social e Reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. (Seção 1)
- AMARANTE, P. D. C. (Coord.). **Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998. (Seção 1 - Dica)
- AMARANTE, P. D. C. (Org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. (Seção 1 - Dica)
- AMARANTE, P. D. C. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. (Seção 1 - Dica)
- AMARANTE, P. D. C. **Novos Sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica**. Cadernos de Saúde Pública, v. 11 n. 3, p. 491-494, 1995. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1995000300024>. (Seção 1)
- AMARANTE, P. D. C. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria** [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413272>. (Seção 1 - Dica)
- AMARANTE, P. D. C. **Teoria e Crítica em Saúde Mental - Textos Selecionados**. 2ª Edição. Editora Zagodoni, 2017. (Seção 1 - Dica)
- AMARANTE, P. D. C. **Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia**. História, Ciências, Saúde-manguinhos, v. 1, n. 1, p. 61-77, 1994. (Seção 1 - Dica)
- ANTUNES, A. **35 anos da luta antimanicomial e o avanço da contrarreforma psiquiátrica**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Fiocruz, 2022. Disponível em: <https://www.epsjv.fio>

cruz.br/noticias/reportagem/35-anos-da-luta-antimanicomial-e-o-avanco-da-contrarreforma-psiquiatrica. Acesso em: 28/01/24.

(Seção 2)

ARUAGUARI. Prefeitura Municipal. Assessoria de Comunicação. **UPA e UBS e UBSF – os diferentes atendimentos oferecidos pelo SUS em Araguari**. 2019. Disponível em: <https://www.araguari.mg.gov.br/noticias/upa-e-ubs-e-ubsf-os-diferentes-atendimentos-oferecidos-pelo-sus-em-araguari>. Acesso em: 29/09/23. (Seção 2)

ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**. 1.ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013. (Seção 1 - Dica)

BARBOSA, G. C.; COSTA, T. G. D.; MORENO, V. **Movimento da Luta Antimanicomial: Trajetória, Avanços e Desafios**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, v. 4, n. 8, p. 45-50, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68650>.

(Seção 1)

BASAGLIA, F. (Org.). **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Graal, 1985. (Seção 1 - Dica)

BRASIL, Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2001. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). (Seção 1, 2 e 3)

BRASIL, Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, instituindo o Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília (DF), 1990. (Seção 2)

BRASIL, Lei nº 9.010, de 29 de março de 1995. **Dispõe sobre a terminologia oficial relativa à hanseníase e dá outras providências**. Brasília (DF), 1995. (Seção 1)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ambiência**. 2 ed. Brasília, 2010. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia\\_2ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia_2ed.pdf). Acesso em: 17/08/23. (Glossário)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Com novas especialidades, Ministério da Saúde retoma investimento em equipes multiprofissionais em todo Brasil**. Brasília (DF), 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/maio/com-novas-especialidades-ministerio-da-saude-retoma-investimento-em-equipes-multiprofissionais-em-todo-brasil>. Acesso em: 04/01/24. (Seção 2.)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/atencao-psicossocial-estrategica/equipes-multiprofissionais-de-atencao-especializada-em-saude-mental>. Acesso em: 02/12/23. (Seção 2 - Dica)

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Institucional**. Brasília (DF), s.d. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/institucional>. Acesso em: 19/04/23. (Seção 2 - Dica) \*

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **SUS completa 30 anos de criação**. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/setembro/sus-completa-30-anos-da-criacao>. Acesso em: 08/07/23. (Seção 2)

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**. Brasília (DF), 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desme/raps>. Acesso em: 25/06/23. (Seção 2 - Dica) \*

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília (DF), 2005. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf). (Seção 1)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília (DF), s. d. Disponível em: <https://aps.sau.gov.br/smp/smpas>. (Seção 2)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Instrutivo Técnico da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, 2022.

Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo\\_tecnico\\_raps\\_sus.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_tecnico_raps_sus.pdf). (Seção 2 - Dica)

BRASIL. Ministério da Saúde. Serviços e Informações do Brasil. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos-estaduais/as-redes-de-atencao-a-saude-1>. Acesso em: 18/05/23. (Seção 2 - Dica)

BRASIL. Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. **Cartilha do Direito à Saúde Mental**. 2012. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/cartilha-saude-mental-2012.pdf>. Acesso em: 02/05/23. (Seção 3 – Dica)

BRASIL, Portaria de Consolidação nº 03 de 28 de setembro de 2017. **Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde**. Brasília (DF), 2017. (Seção 2) \*

BRASIL, Portaria de Consolidação nº 06 de 28 de setembro de 2017. **Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde**. Brasília (DF), 2017. (Seção 2) \*

BRASIL, Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012. **Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde**. Brasília (DF), 2012. (Seção 2) \*

BRASIL, Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. **Estabelece que os CAPS podem se constituir em três modalidades: CAPS I, CAPS II e CAPS III por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria**. Brasília (DF), 2002. (Seção 2) \*

BRASIL, Portaria nº 757 de 21 de junho de 2023. **Revoga a Portaria GM/MS 3.588, de 21 de dezembro de 2017, e dispositivos das Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, e reconstitui redações**. Brasília (DF), 2023. (Seção 2) \*

BRASIL, 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**

**crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília (DF), 2011. (Seção 2) \*

BRASIL, Portaria nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017. **Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.** Brasília (DF), 2017. (Seção 2) \*

BRASIL, Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília (DF), 2010. (Seção 2) \*

BRASIL. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. **Hanseníase,** 2023. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/hanseníase>. (Glossário)

BRUSQUE. Secretaria de Saúde. Direção de Especialidades. **Protocolo de Acesso Ambulatorial de Saúde Mental.** Prefeitura de Brusque, 2023. Disponível em: [https://wiki.smsbrusque.sc.gov.br/images/8/8f/AMENT\\_AMBULATORIO\\_2023.pdf](https://wiki.smsbrusque.sc.gov.br/images/8/8f/AMENT_AMBULATORIO_2023.pdf).

Acesso em: 05/01/24. (Seção 3)

BUENO, R. C. **O pensamento de Franco Basaglia e a estruturação da desinstitucionalização na *Psiquiatria Democratica Italiana* vistos por um brasileiro.** Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2011. Disponível em: [https://www1.pucminas.br/documentos/rinaldo\\_conde.pdf](https://www1.pucminas.br/documentos/rinaldo_conde.pdf).

(Seção 1)

CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. **RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS.** Youtube, 2016. 4 min. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=PsVQSNg2P3o>. Acesso em: 15/11/23. (Seção 2 - Dica) \*

CAMPOS, P. Crise, Rede e Hospitalidade: uma abordagem para a reforma psiquiátrica. In: JORGE, M. A. S.; CARVALHO, M. C. A.; SILVA, P. R. F. **Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. 296 p. (Seção 3)

CHIAVERINI, D. (Org.); GONÇALVES, D. A.; BALLESTER, D.; TÓFOLI, L. F.; CHAZAN, L. F.; ALMEIDA, N.; FORTES, S. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

(Glossário)

COELHO, V. A. A.; PAUFERRO, A. L. M.; SILVA, M. A.; GUIMARÃES, D. A., GAMA, C. A. P.; MODENA, C. M.; & GUIMARÃES, E. A. A. **Rede de Atenção Psicossocial: desenvolvimento e validação de um instrumento multidimensional para avaliação da implantação (IMAI-RAPS)**. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, 33, e33004, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333004>. (Seção 2)

COSEMS RJ OFICIAL. **eMulti - a nova estratégia de equipes multiprofissionais na APS**. Youtube, 2023. 116 min. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Q1P6IZm854o>. Acesso em: 12/03/24. (Seção 2)

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. **Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019**. *Trabalho, Educação e Saúde*, e00285117, v. 18, n. 3, 2020. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00285. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>. (Seção 2)

CUNHA, G. T. **A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica**. *Saúde em Debate*. São Paulo: Hucitec. 2005. (Seção 3)

DELL'ACQUA, G.; & MEZZINA, R. **Resposta à crise: Estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial**. In P. Amarante (Ed.). *Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau, 2005. (Seção 3)

ENSP FIOCRUZ. **Paulo Amarante fala sobre a proposta de reformulação da Política Nacional de Saúde Mental**. Youtube, 2017. 13 min. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=MPnBb8eEKg0>. Acesso em: 23/12/23. (Seção 2 - Dica) \*

**ESPECIAL: O movimento antimanicomial e a reforma psiquiátrica no país**. *GloboNews Especial*, 2016. (Seção 1 - Dica) \*

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 3.ed. rev. e atual. São Paulo: Fundação Dorina Nowill para Cegos, 2009. (Glossário)

FERREIRA, T. P. S.; NORO, L. R. A. **Formação em saúde mental pelas residências multiprofissionais: contexto de contrarreforma psiquiátrica e defesa da atenção psicossocial**. Saúde Soc. São Paulo, v. 32, supl. 2, e230303pt, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022230303pt>. (Seção 2 - Dica)

FIGUEIREDO JÚNIOR, J. C.; SANTOS, L. C. A.; ALVES RIBEIRO, W.; LIMA, L. A. C.; DIVA DE OLIVEIRA, M.; BRUNO DE JESUS, F.; COSTA DE MORAIS, M; PAULA, E. **Contenção mecânica x humanização: contributos da enfermagem para o cuidado na saúde mental no âmbito hospitalar**. Brazilian Journal of Science, v. 1, n. 6, p. 52–57. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/bjs.v1i6.124>. (Seção 3 - Dica)

FILIPPI, J.; FLORES, A.; BETTINELLI, L. A.; POMATTI, D. M. (2013). **A equipe multiprofissional frente ao uso da contenção mecânica**.0, Revista Contexto & Saúde, v. 11, n. 20, p. 573–578. Disponível em: <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2011.20.573-578>. (Seção 3)

FIOCRUZ. **Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS)**. Disponível em: <https://lapsensp.fiocruz.br>. Acesso em: 25/01/24. (Seção 1 - Dica) \*

FONTOURA, A. A.; BARCELOS, A. H. F.; BORGES, V. T. **Desvendando uma história de exclusão a experiência do Centro de Documentação e Pesquisa do Hospital-Colônia Itapuã**. História, Ciências, Saúde-Manguinhos. v. 10, (suplemento 1), p. 397-414, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702003000400018>. (Seção 1)

FOSSI, L. B.; GUARESCHI, N. M. F. **Aspectos punitivos do tratamento nas comunidades terapêuticas: o uso de drogas como dano social**. Revista Psicologia e Saúde, v. 11, n. 1, p. 73-88, 2019. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/194909>. (Seção 2 - Dica)

FOSSI, L. B.; GUARESCHI, N. M. F. **O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas profissionais na conformação dos sujeitos.** Estudos e Pesquisas em Psicologia, ISSN 1808-4281, v. 15, n. 1, p. 94-115, 2015. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-42812015000100007&script=sci\\_abstract](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-42812015000100007&script=sci_abstract). (Seção 2 - Dica)

FREITAS, B. L. **A evolução da saúde mental no Brasil: reinserção social.** Revista Científica Semana Acadêmica, Fortaleza, ano MMXVIII, Nº. 000126, 2018. Disponível em: <https://semanaacademica.org.br/artigo/evolucao-da-saude-mental-no-brasil-reinsercao-social>. (Seção 1)

GONÇALVES, D. A. Saúde mental na Atenção Básica: o matriciamento. In: MATEUS, M. D. (ORG.). **Políticas de saúde mental: baseado no curso de Políticas Públicas de Saúde Mental, do CAPS Luiz. R. Cerqueira.** São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. (Seção 3)

GRANDO, M. K.; DALL'AGNOL, C. M. **Desafio do processo grupal em reuniões de equipe da estratégia saúde da família.** Esc. Anna Nery, v. 14, n. 3, p. 504-510, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/VrSdJVcbbDhVbpxXhQfYmmr/?lang=pt#>. (Seção 3)

GUIMARÃES, T. A. A.; ROSA, L. C. S. **A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista.** O Social em Questão, v. 21, n. 44, p. 111-138, 2019. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/5522/552264340005/552264340005.pdf>. (Seção 3)

HIRDES, A. **A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, n. 1, p. 297-305, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GMXKF9mkPwxK9HXvfl39Nf/?lang=pt>. (Seção 1)

HOLOCAUSTO brasileiro. Direção: Daniela Arbex e Armando Mendz. São Paulo, SP: HBO Brasil, 2016. Canal Max (90 min). (Seção 1 - Dica)

**IMAGENS do Inconsciente.** Direção: Leon Hirszman. Brasil, 1988. (77 min). (Seção 1 - Dica) \*

JARDIM, K.; DIMENSTEIN, M. **Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica**. Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 169-190, 2007. Disponível em: <https://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/267>.

(Seção 3)

LEITE, T. C. P. **Percepções sobre a hospitalidade noturna em um CAPS III segundo sua equipe: critérios de inserção e alta de usuários**. Trabalho de Conclusão de Curso, Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/23332>. (Glossário)

LIMA, J. T. C. **A Casa do Fonseca: caminhos possíveis para a reabilitação psicossocial assistida em saúde mental**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/colecao.php?strSecao=resultado&nrSeq=16958@1>. (Seção 1)

LIMA, J, T, S. **O início da assistência à loucura no Brasil**. Em Debate (PUCRJ. Online), v. 8, p. 7, 2009. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/14411/14411.PDF>. (Seção 1)

MELO, A. **Quem foi Nise da Silveira?** Revista CULT, 2022. Disponível em: <https://revistacult.uol.com.br/home/quem-foi-nise-da-silveira>. Acesso em: 28/07/23. (Seção 1)

MELLO, L. C. **Imagens do Inconsciente**. Catálogo. Curitiba: Museu Oscar Niemeyer, 2005. (Seção 1)

MELLO, L. C. **Encontros: Nise da Silveira**. São Paulo: Azougue Editorial, 2023. (Seção 1 - Dica)

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. (Seção 2 - Dica)

MINAS GERAIS. Secretaria de Saúde. **Reestruturação dos leitos de Saúde Mental no estado amplia a oferta do serviço em hospitais gerais**. Minas Gerais, 2022. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/story/16176-reestruturacao-dos-leitos-de-saude-mental-no-estado-amplia-a-oferta-do-servico-em-hospitais-gerais?layout=print>. Acesso em: 24/01/24. (Glossário)

MINAS GERAIS. Secretaria de Saúde. SUS. Minas Gerais, s.d. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/sus>. Acesso em: 11/11/23. (Seção 2 - Dica)

MIRANDA-SÁ JR., L. S. **Breve histórico da psiquiatria no Brasil: do período colonial à atualidade**. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, v. 29, n. 2, p. 156-158, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-81082007000200005>. (Seção 1)

NAKATA, L. C., FELTRIN, A. F. S., CHAVES, L. D. P.; & FERREIRA, J. B. B. **Conceito de rede de atenção à saúde e suas características-chaves: uma revisão de escopo**, Escola Anna Nery, v. 24, n. 2, e20190154, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0154>. (Seção 2)

NISE: O Coração da Loucura. Direção: Roberto Berliner. Produção: Rodrigo Letier e Lorena Bondarovsky. São Paulo: Imagem Filmes Produtora Ltda - Epp; W Mix Distribuidora de Filmes, 2015. (109 min), color. (Seção 1 - Dica) \*

OCUPAÇÃO NISE DA SILVEIRA. ItaúCultural, 2017. Disponível em: <https://www.itaucultural.org.br/ocupacao/nise-da-silveira>. Acesso em: 08/09/23. (Seção 1 - Dica) \*

NÚCLEO DE COMUNICAÇÃO SUS CAMPINAS. **A Delicada Arte de se Produzir Encontros - Centro de Convivência**. Youtube, 2012. 19 min. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=5-CwnhrCF0I&t=820s>. Acesso em: 09/11/23. (Seção 2 - Dica)

ODA, A. M. G. R.; DALGALARRONDO, P. **História das primeiras instituições para alienados no Brasil**. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 983-1010, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702005000300018>. (Seção 1)

OKA, C. P. B.; COSTA, P. H. A. Os caminhos da contrarreforma psiquiátrica brasileira: um estudo documental. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 2595-2420, Florianópolis, v.14, n. 40, p. 1-29, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80847/51824>. (Seção 2)

OLIVEIRA, A. L. X.; SOUSA, F. D. T. **Saúde mental: um artigo de revisão sobre a saúde mental no Brasil**. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 05, ed. 05, v. 11, p. 198-212, 2020. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/saude-mental-no-brasil>. (Seção 1, 2)

OLIVEIRA, A. V. G. A oferta de leitos em saúde mental no hospital geral. In: MATEUS, M. D. (ORG.). **Políticas de saúde mental: baseado no curso de Políticas Públicas de Saúde Mental, do CAPS Luiz. R. Cerqueira**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. (Seção 3)

OLIVEIRA, G. M.; DALTRO, M. R. Reunião de equipe em contexto de saúde mental: território de constituição identitária. In: KLAUSS, J.; ALMEIDA, F. A. (Org.). **Saúde Mental: interfaces, desafios e cuidados em pesquisa**. Editora Científica Digital, 2023. (Seção 3)

OLIVEIRA, G. N. O projeto Terapêutico Singular. In: CUNHA, G. T. A construção da clínica ampliada na atenção básica. 3ª Ed. São Paulo. Hucitec, 2010. (Seção 3)

OLIVEIRA, N. R. C. **Rede de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes**. Universidade Federal do Maranhão. UNASUS/UFMA. São Luís, 2016. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7563/1/Redes%20de%20atenção%20à%20saúde%20-%20A%20atenção%20à%20saúde%20organizada%20em%20redes.pdf>. (Seção 2)

OLIVEIRA, V. M. C. **A Historicidade da loucura e a luta antimanicomial e a desinstitucionalização no Brasil**. Research, Society and Development, v. 12, n.1, 2023. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/366916648\\_A\\_Historicidade\\_da\\_loucura\\_e\\_a\\_luta\\_antimanicomial\\_e\\_a\\_desinstitucionalizacao\\_no\\_Brasil](https://www.researchgate.net/publication/366916648_A_Historicidade_da_loucura_e_a_luta_antimanicomial_e_a_desinstitucionalizacao_no_Brasil). (Seção 1)

PAULIN, L. F.; TURATO, E. R. **Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970**. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 11, n. 2, p. 241-258, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702004000200002>. (Seção 1)

PAULO AMARANTE FIOCRUZ. Youtube. Disponível em: <https://www.youtube.com/channel/UCYonSb6o7hbT2vGCup6Ypkw>. Acesso em: 14/09/23. (Seção 1 - Dica) \*

PEGORARO, R. F.; CALDANA, R. H. L. **Sobrecarga de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial**. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 11, n. 3, p. 569-577, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722006000300013>. (Seção 3)

PEGORARO, R. F.; LEITE, T. C. P. **Critérios para acolhimento noturno, segundo a equipe de um centro de atenção psicossocial**. Psicologia em Estudo, v. 28, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v28i0.54642>. (Glossário)

PEGORARO, R. F. **Papéis atribuídos à família na produção da loucura: algumas reflexões**. Boletim Academia Paulista de Psicologia, v. 29, n. 2, p. 253-273, 2009. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-711X2009000200004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2009000200004). (Seção 3)

IARA SIMONETTI RACY. **Nise da Silveira - Posfácio: Imagens do Inconsciente**. Youtube, 2016. 81 min. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=EDg0zjMe4nA>. Acesso em: 04/07/23. (Seção 1 - Dica) \*

PARANÁ. Secretaria da Saúde. Linha de Cuidado em Saúde Mental. **Nota técnica em saúde mental nº 06/2021**. Paraná, 2021. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Saude-Mental>. Acesso em 16/11/23. (Seção 3)

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia**. Revista De Saúde Pública, v. 35, n. 1, p. 103–109, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102001000100016>. (Seção 3)

RECANTO DAS LETRAS. **Paulo Amarante – Pesquisador Titular – Fiocruz**. s. d. Disponível em: <https://www.pauloamarante.net/perfil.php>. Acesso em: 13/05/23. (Seção 1) \*

REGULACAODEAAZ. **eMulti x Nasf - As novas modalidades de Equipe Multiprofissional do SUS**. Youtube, 2023. 48 min. Disponível em:

[https://www.youtube.com/watch?v=ZXPt0F\\_GO2c](https://www.youtube.com/watch?v=ZXPt0F_GO2c). Acesso em: 12/03/24. (Seção 2)

RIO DE JANEIRO (Cidade). SECRETARIA Municipal de Saúde. Nise da Silveira Vida e Obra - Cartilha de Monitoria. Rio de Janeiro (RJ), 2006. Disponível em: [http://www.ccms.saude.gov.br/nisedasilveira/pdfs/cartilha\\_de\\_monitoria.pdf](http://www.ccms.saude.gov.br/nisedasilveira/pdfs/cartilha_de_monitoria.pdf). (Seção 1)

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde. **Projeto Terapêutico Singular na Atenção Primária à Saúde**. Rio Grande do Sul, 2022. Disponível em: <https://admin.atencao basica.rs.gov.br/upload/arquivos/202207/05102205-07101125-pts-1.pdf>. Acesso em: 27/07/23. (Seção 3)

RODRIGO VINÍCIUS GARDINAL. **REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS): O QUE É, COMO FUNCIONA, QUAIS SERVIÇOS FAZEM PARTE, DADOS 2021**. Youtube, 2022. 13 min. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=fvtuELsTVYU&t=611s>. Acesso em: 05/05/23. (Seção 2 - Dica) \*

ROSA, L. C. S. **A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental**. Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 11, n. 18, p. 205-218, 2005. Disponível em: <https://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/232>. (Seção 3)

ROSA, L. C. S.; SILVA, S. L. C. **Família(S) e (Des)Institucionalização na Saúde Mental: Contexto e Perspectivas**. Rev. FSA, Teresina, v. 17, n. 11, art. 18, p. 348-371, 2020. Disponível em: <http://www4.unifsa.com.br/revista/index.php/fsa/article/view/2171>. (Seção 3)

ROSA, L. C. S.; SILVA, E. K. B. **Família na política brasileira de saúde mental, álcool e outras drogas**. SER Social Social, v. 21, n. 44, p. 199-222, 2019. Disponível em: [https://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/23491](https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/23491). (Seção 3)

ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2ª ed., 2001. (Seção 1)

SAPS SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. #3: **Projeto Terapêutico Singular | NASF-AB**. Youtube, 2018. 7 min.

Disponível em: [https://www.youtube.com/watch?v=dcC7Uh\\_zc0I&t=40s](https://www.youtube.com/watch?v=dcC7Uh_zc0I&t=40s). Acesso em: 24/11/23. (Seção 3)

SAPS SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. **Consultório na Rua - A rua não é um mundo fora do nosso mundo**. Youtube, 2010. 22 min. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=ek9iWTv3hig&t=157s>. Acesso em: 10/09/23. (Seção 2 - Dica) \*

SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P. **Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil**. Trabalho, Educação e Saúde, 19, e00313145, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00313>. (Seção 1)

SANTA CATARINA. Secretaria da Saúde. **Legislação**. Santa Catarina, s. d. Disponível em: [https://www.saude.sc.gov.br/index.php/servicos/gestores-da-saude/282-Saúde%20Mental/5331-legislacao-saude-mental#:~:text=Portaria%20nº%203.088%2C%20de%2023,Único%20de%20Saúde%20\(SUS\).](https://www.saude.sc.gov.br/index.php/servicos/gestores-da-saude/282-Saúde%20Mental/5331-legislacao-saude-mental#:~:text=Portaria%20nº%203.088%2C%20de%2023,Único%20de%20Saúde%20(SUS).). Acesso em: 09/11/23. (Seção 2 - Dica) \*

SANTOS, E. O.; COIMBRA, V. C. C.; KANTORSKI, L. P.; PINHO, L. B.; ANDRADE, A. P. M.; ESLABÃO, A. D. **Reunião de equipe: proposta de organização do processo de trabalho**. Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online), v. 9, n.3, p. 606-613, 2017. Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/5564>. (Seção 3)

SERAPIONI, M. **Franco Basaglia: biografia de um revolucionário**. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 26, n. 24, p. 1169–1187, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702019000400008>. (Seção 1)

SILVÉRIO, R. Lei da reforma psiquiátrica completa 21 anos em meio a avanços e desafios. Câmara dos Deputados, 2022. (Seção 1)

SOARES, A.; CRUZ, D. P. **Indústria da Loucura**. Marco Zero Conteúdo, 2016. Disponível em: <https://marcozero.org/industria-da-loucura>. Acesso em: 10/09/23. (Seção 1)

TEMPORÃO, J. G. **O Programa De Volta para Casa**. Centro Cultural do Ministério da Saúde, s.d. Disponível em: <http://>

/www.ccs.saude.gov.br/vpc/programa.html. Acesso em: 30/06/23.  
(Seção 2 - Dica) \*

TRIESTE FILM. Franco Basaglia su Trieste e Svevo / dal film-inchiesta di Franco Giraldi "La Città di Zeno" 1977. Youtube, 2010. 10 min. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=MJ2NHRwb4TI&t=4s>. Acesso em: 07/07/23. (Seção 1 - Dica) \*

TV BRASIL. **SAMU do DF tem serviço de atendimento de saúde mental**. Youtube, 2019. 2 min. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=XRScGg8HxI4>. Acesso em: 01/08/23.  
(Seção 2 - Dica) \*

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG). **Como Ajudar**. Família e amigos, 2019. Disponível em: <https://www.ufmg.br/saudemental/familia-e-amigos/como-ajudar/>. Acesso em: 05/01/24. (Seção 3)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS (UFPel). **Estante de Ferramentas do Processo de Trabalho na Atenção Básica**. Departamento de Medicina Social, s.d. Disponível em: <https://dms.ufpel.edu.br/sus/files/estante.html>. Acesso em: 11/01/24. (Seção 3 - Dica) \*

VALENTE, P. **Conheça como é composta a RAPS: Rede Atenção Psicossocial**. Centro Educacional Novas Abordagens Terapêuticas (CENAT), s.d. Disponível em: <https://blog.cenatcursos.com.br/conheca-raps-rede-atencao-psicossocial/>. Acesso em: 05/06/23.  
(Seção 2)

VASCONCELLOS, V. C. **Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS**. SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas. Ribeirão Preto, ISSN 1806-6976, v. 6, n. 1, p. 1-16, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v6n1/15.pdf>. (Seção 3)

ZIZLER, R. L. **Violações de direitos humanos na história da psiquiatria no Brasil**. Revista Jus Navigandi, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 24, n. 5772, 2019. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/67093>. Acesso em: 10/09/23. (Seção 1)



## GLOSSÁRIO

### **ALIENISTAS**

Nome dado àqueles que ocupavam de estudar, compreender, cuidar e ajudar os pacientes que sofriam de “alienação mental” a superar a doença. O termo surgiu na França revolucionária e perdurou até início do século XX. <https://g1.globo.com/saude/saude-mental/noticia/2022/01/22/quem-eram-os-alienistas-grupo-do-qual-sigmund-freud-fez-parte.ghtml>.

### **AMBIÊNCIA**

A Política Nacional de Humanização (PNH) define “ambiência” como o tratamento dado ao espaço físico, espaço social, profissional e de relações interpessoais do sujeito, sendo que tais aspectos devem fomentar uma atenção acolhedora, humana e resolutiva, sobretudo em contextos de cuidado da saúde, propiciando respeito e dignidade (Brasil, 2010).

### **APOIO MATRICIAL**

O matriciamento, ou apoio matricial, representa um novo paradigma na produção de saúde. É a partir da construção e da troca de experiência entre duas ou mais equipes, de maneira integrada, que o suporte da discussão de casos e as intervenções terapêuticas são realizadas. Com isso, a lógica tradicional dos sistemas de saúde é, em tese, revertida – substituindo protocolos e ações mais verticalizadas. O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é a principal ferramenta e a principal estratégia o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (Chiaverini *et al.*, 2011).

## **HANSENÍASE**

De acordo com o Ministério da Saúde: “A hanseníase é uma doença infecciosa, contagiosa, de evolução crônica, causada pela bactéria *Mycobacterium leprae*. Atinge principalmente a pele, as mucosas e os nervos periféricos (braços e pernas), com capacidade de ocasionar lesões neurais, podendo acarretar danos irreversíveis, inclusive exclusão social, caso o diagnóstico seja tardio ou o tratamento inadequado” (Brasil, 2023.). A nomenclatura “lepra” é considerada pejorativa.

## **HOSPITAIS DA IRMANDANDE SANTA CASA DE MISERICÓRIDA**

As instituições foram notáveis e complexas associações de caridade regidas por compromissos de atribuições entre seus membros e construídas pela Coroa Portuguesa no Brasil. Concentravam todas as obras de assistência, englobando atendimento nos hospitais e alguns serviços sociais, como suporte aos presos pobres (Lima, 2009). Portanto, essas Casas serviam como “hospedagem” para aqueles que dependiam de caridade (Oda & Dalgalarondo, 2005).

## **HOSPITALIDADE**

“A hospitalidade diz respeito ao incondicional acolhimento de um indivíduo que foi deserdado, um sujeito em ruptura com seu laço social, que se tornou estrangeiro em sua própria casa, que irrompeu a falar outra língua como na loucura, que não tem documento ou visto e, em muitas situações, não porta nem mesmo um nome próprio” (Campos, 2014, p. 195).

## **HOSPITALIDADE NOTURNA**

“O acolhimento noturno configura-se como um dos recursos oferecidos pelos Centros de Atenção Psicossociais de tipo III no cuidado aos sujeitos em sofrimento psíquico grave” (Pegoraro & Leite, 2023). Moura (2015 apud Leite, 2018), descreve os leitos de hospitalidade noturna em Centros de Atenção Psicossocial Álcool

e Drogas (CAPS Ad) de tipo III como meios para intensificar o suporte durante crises de usuários de álcool e outras substâncias, fomentando a abordagem integral no cuidado e conferindo autonomia à equipe.

### **LEITO PSIQUIÁTRICO EM HOSPITAL GERAL**

“Os leitos de saúde mental em hospitais gerais são leitos de enfermaria habilitados para oferecer suporte aos pacientes de saúde mental. O cuidado a ser ofertado deve acontecer nas situações de crise e com critérios clínicos bem definidos, por intermédio do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de referência mais próximo do território, até a estabilização clínica do usuário, respeitando as especificidades de cada caso e singularidade do paciente” (Minas Gerais, 2022).

### **LOUCO**

Segundo o novo dicionário Aurélio da língua portuguesa, loucura é: Estado ou condição de louco. Falta de discernimento. Imprudência e temeridade. Tudo que foge às normas, que é fora do comum (Ferreira, 2009).

### **MINISTÉRIO DA SAÚDE**

É possível obter mais informações diretas sobre esse órgão público no endereço eletrônico do Governo Federal: <https://www.gov.br/saude/pt-br>.

## SOBRE O AUTOR E A AUTORA

**Gustavo G. Oliveira** é aluno de graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Uberlândia

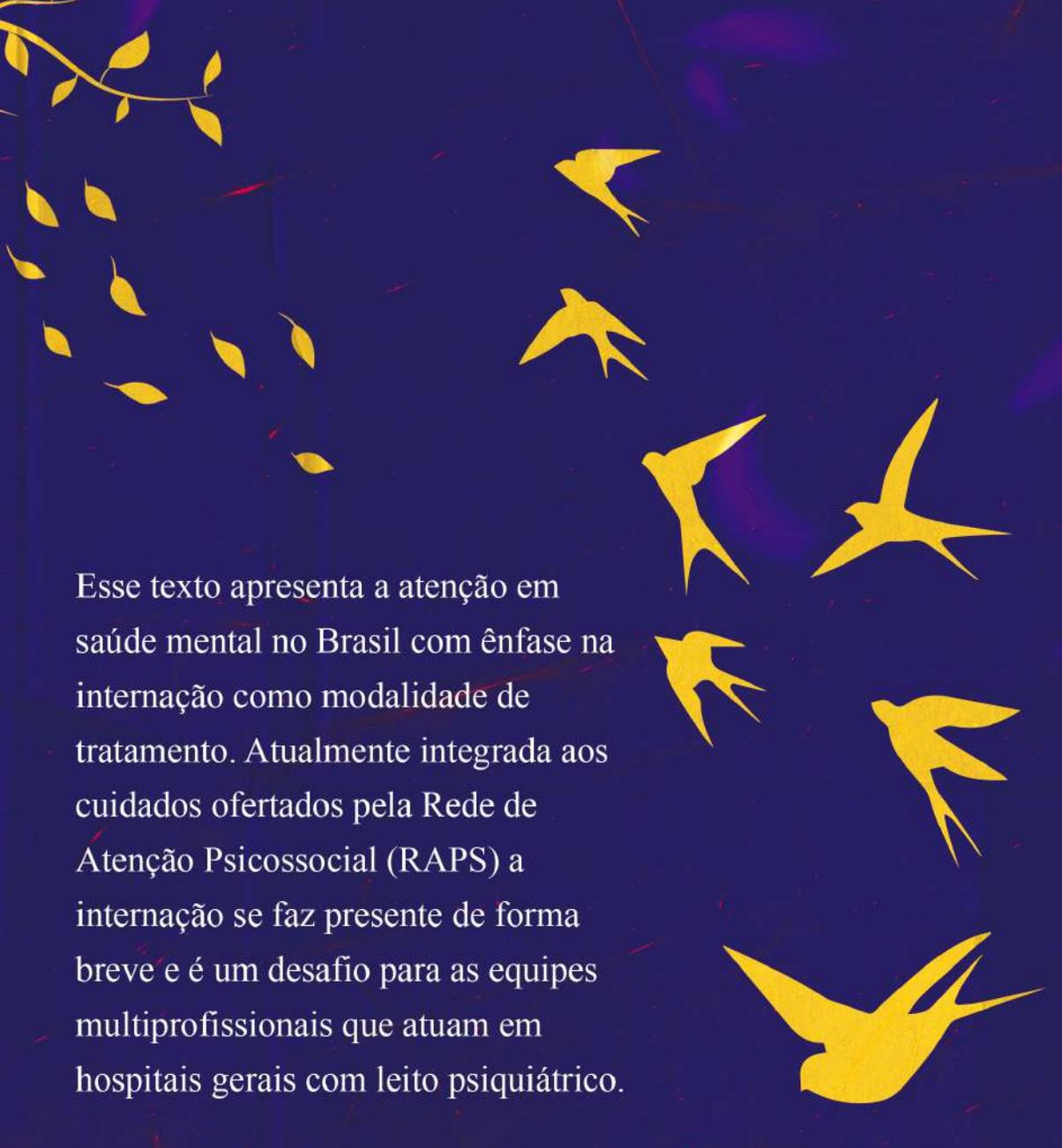
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8212157097116301>

Contato: [Gustavo.goliveira37@gmail.com](mailto:Gustavo.goliveira37@gmail.com)

**Renata F. Pegoraro** é professora do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia. Pós-doutora em Psicologia Social (PUCSP), Doutora (USP) e psicóloga (USP). Bolsista de Produtividade CNPq.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4823645280355146>

Contato: [renatapegoraro@gmail.com](mailto:renatapegoraro@gmail.com)



Esse texto apresenta a atenção em saúde mental no Brasil com ênfase na internação como modalidade de tratamento. Atualmente integrada aos cuidados ofertados pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) a internação se faz presente de forma breve e é um desafio para as equipes multiprofissionais que atuam em hospitais gerais com leito psiquiátrico.

**EBSERH**  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

**UFU**

**CNPq**  
Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

Pedro & João Editores  
  
pedrojoaoeditores.com.br

ISBN 978-65-265-1710-9  
  
9 786526 517109