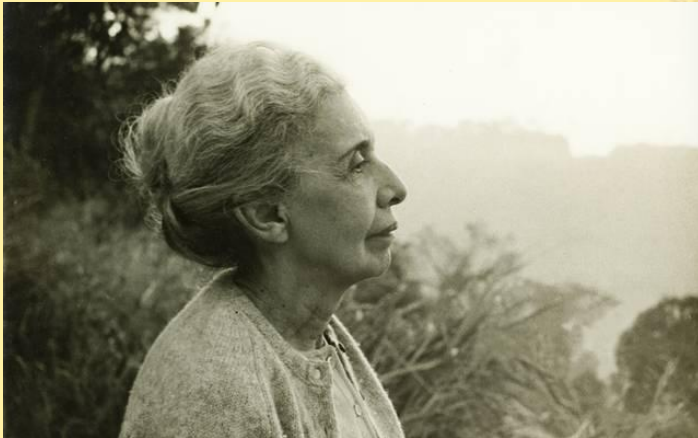

"Não me atrevo a definir a
loucura"

Nise da Silveira



Manejo dos
profissionais que atuam
na Política de
Assistência Social,
dentro de
equipamentos
socioassistenciais,
diante de usuários que
apresentam alguma
questão em saúde
mental

Residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UNIFESP

Amanda Karina Santos Vieira - Enfermeira

Camila Satie Simoce Araújo - Psicóloga

Lucas Nicacio Fernandes Santos - Terapeuta Ocupacional

Núcleo Docente Assistencial Estruturante do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UNIFESP

Amanda Avezani- Enfermeira

Fernanda Pimentel - Terapeuta Ocupacional

Girliani Silva - Enfermeira

Maria Cristina Mazzaia - Enfermeira e Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UNIFESP

Tabata Galindo - Enfermeira e Vice-coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UNIFESP

Apresentação

Olá! Somos residentes do Programa de Saúde Mental da UNIFESP e escrevemos essa cartilha para tentar te ajudar a refletir sobre como lidar com usuários que apresentam alguma questão em saúde mental (havendo ou não diagnóstico de transtorno mental).

Na trajetória que desenhamos, primeiro vamos pensar um pouco sobre o que é a “loucura” e como ocorreu a Reforma Psiquiátrica no Brasil. Depois, vamos trazer alguns elementos a serem considerados durante a conversa com os usuários. Em seguida, caracterizamos a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), para que você saiba com quem pode contar caso precise!

Você também encontrará, durante a leitura da cartilha, algumas sugestões para se aprofundar nos assuntos, caso queira.



Esperamos que a leitura possa contribuir de alguma forma!
Junho/2020

Sumário

Nossa cartilha abordará os seguintes temas:



1. O “normal” e a “loucura”.....05
2. Conversando com a pessoa em sofrimento mental.....16
3. Com quem podemos contar nos casos de Saúde Mental?.....25
4. Referências Bibliográficas.....44

Capítulo 1



O “normal”
e a
“loucura”

Antes de nos aprofundarmos em conteúdos, estratégias e instrumentos, que tentarmos pensar sobre algumas perguntas?

O que é saúde mental?

O que é estar em sofrimento mental?

O que significa ter saúde mental?

O que é um transtorno mental?



Ela está na nossa capa!
Fica a dica: Filme “Nise: o coração da loucura”, [aqui](#).

A partir de alguns estudos, podemos tentar começar a responder essas perguntas tão complexas...

O que é saúde mental?

Estado de funcionamento satisfatório da mente, das emoções e pensamentos... ligação entre a mente, o corpo e as relações sociais.

O que é estar em sofrimento mental?

Vivenciar situações difíceis ou preocupações excessivas, as quais podem causar insônia, irritabilidade, tensão, entre outros sintomas que afetam o cotidiano da pessoa.

O que significa ter saúde mental?

Saber lidar com as emoções, manter alimentação saudável, cultivar os laços afetivos, praticar atividades físicas e de lazer, reconhecer seus limites, conseguir se adaptar às vivências difíceis.



O que é um transtorno mental?

Sofrimento mental que se mantém a ponto de causar prejuízos importantes para a pessoa e/ou aos demais com os quais ela se relaciona. Perda da funcionalidade. Sintomas repetitivos.

Quer saber mais? Clica [aqui](#) (capítulo 1) e/ou [aqui](#) (vídeo)!

O que é “normal” e o que é “loucura”???

No livro “História da loucura: na Idade Clássica”, Michel Foucault objetiva estudar a estrutura da exclusão dos corpos, buscando entender como funcionam os mecanismos dessa exclusão e a sua lógica interna. Como tópico de estudo e exemplo de exclusão, ele analisa a loucura.

Foucault, ao longo de sua obra, ao invés de tentar definir a loucura, apresenta os três pilares que determinam a forma pela qual lidamos com ela: o momento histórico, a cultura e as ideologias. Assim, o que definimos como “louco” varia ao longo dos tempos, países e grupos sociais.

“A loucura só existe em uma sociedade, ela não existe fora das normas da sensibilidade que a isolam e das formas de repulsa que a excluem ou capturam.” – Foucault

Na linha do tempo abaixo, você pode observar as várias ideias de saúde-doença mental que existiram ao longo do tempo:



Contextualizando a Reforma Psiquiátrica...

O período que antecede a Reforma Psiquiátrica é marcado por descaso e violência.

No Brasil, após 300 anos sendo socialmente ignorada, a loucura só começa a sofrer intervenção do Estado no século XIX, quando os “loucos” passaram a ser entendidos como “ameaça à ordem pública”, tendo como destino as Santas Casas de Misericórdia, onde ficavam amarrados, sob péssimas condições de higiene e cuidado.

Nas décadas seguintes foram criados os primeiros hospícios, que surgem com a ideia de um tratamento adequado (hoje também bastante questionável) e melhores condições de higiene, mas que acabaram por apenas reforçar a institucionalização, sobre a qual voltaremos a falar mais pra frente.

Contextualizando a Reforma Psiquiátrica...

No restante do mundo, a forma como eram tratadas as pessoas em sofrimento mental não era muito diferente e, internacionalmente falando, após a segunda guerra mundial, vários países começaram a se questionar sobre essa forma de tratamento.

Na Itália, por exemplo, no final da década de 60 começa o Movimento Antimanicomial, liderado por Franco Basaglia, médico psiquiatra que abriu espaço para a Psiquiatria Democrática.

Ele dizia que o hospital psiquiátrico era um espaço violento, “construído para controlar e reprimir os trabalhadores que perderam a capacidade de responder aos interesses capitalistas de produção”; criticava duramente a postura tradicional da cultura médica, defendendo um processo de desinstitucionalização mais radical, em que buscava a extinção dos manicômios.

Contextualizando a Reforma Psiquiátrica...

A progressiva extinção dos manicômios na Itália começou no ano de 1978, quando foi aprovada a Lei 180 ou Lei Basaglia.

No ano de 1979, Basaglia visitou o Brasil e conheceu o Colônia, hospital psiquiátrico de Barbacena, e também maior hospício do país. Comparou-o a um campo de concentração nazista.

No entanto, desde de 1970, influenciados pelo movimento internacional e num contexto nacional efervescente - fim da ditadura militar, aumento dos movimentos sociais e Reforma Sanitária - , trabalhadores da saúde mental, usuários e familiares já lideravam o Movimento Antimanicomial no Brasil.

Fica a dica: Filme/livro “Holocausto Brasileiro”. E clicando [aqui](#) você tem acesso ao documentário.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil

Dentre as inúmeras conquistas vindas com a Reforma Psiquiátrica, fundamentais para o cuidado em saúde mental, podemos citar:

- ❖ Afirmação da construção da cidadania de pessoas com sofrimento psíquico, tornando-os protagonistas na luta por seus direitos;
- ❖ Promulgação de Leis nacional, estaduais e municipais ([Lei nº 10.2016](#), de abril de 2001, que redireciona o modelo de saúde mental assistencial para o de base comunitária e territorial);
- ❖ Fechamento de milhares de leitos e criação de estratégias de desinstitucionalização ([Lei nº 10.708](#), de julho de 2003, que institui o auxílio-reabilitação para egressos de internações psiquiátricas);

A Reforma Psiquiátrica no Brasil



- ❖ Criação de moradias para os usuários abandonados egressos de hospitais psiquiátricos ([Portaria GM n.º 106](#), de fevereiro de 2000, com a criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos);
- ❖ Práticas de cuidado em liberdade: implantação de serviços abertos, territorializados e comunitários ([Portaria n.º 3.088](#), de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS);
- ❖ Intervenções voltadas à progressiva mudança do olhar da sociedade sobre a loucura, ampliando o convívio e o diálogo com os diferentes.

“Nenhum passo atrás, manicômio nunca mais”

Embora tenhamos conquistado muita coisa desde o início da reforma psiquiátrica é importante entender que ela ainda continua, já que, como vimos nas páginas anteriores, a forma como a sociedade enxerga e trata o “louco” muda constantemente.

Frequentemente rotuladas por apresentarem comportamentos diferentes ou socialmente inadequados, os estigmas geram grandes prejuízos às pessoas em sofrimento mental.

Portanto, manter um olhar sensível, cuidadoso e livre de estigmas, e saber ouvir e conversar com a pessoa em sofrimento mental, é fundamental.

Que tal conhecer um pouco mais sobre como lidar com a pessoa em sofrimento mental?

Para saber mais, [clique aqui](#).



Conversando
com a pessoa
em sofrimento
mental

Que conversa é essa?

Quer saber mais?
Clica [aqui](#)
(Capítulos 7 e 8)!

Quando estamos diante de uma pessoa em sofrimento mental, como profissionais, não realizamos uma conversa comum, pois é um diálogo estruturado onde há papéis definidos. Entretanto, deve aproximar-se mais a uma conversa do que a um interrogatório.

Antes de tudo, o profissional precisa ter explícito para si o objetivo e o contexto da conversa. Então... Para quê, por quê, onde, sob que condições essa conversa acontece?

Também é fundamental levar em consideração que numa relação sempre há aspectos que ultrapassam a nossa consciência (como experiências prévias, preconceitos, valores, desejos etc). É preciso questionar-se para se atentar a esses aspectos. Por exemplo, pergunte-se: por que estou irritada com esse usuário?

A escuta qualificada

Nós já falamos que o diálogo com o profissional é diferente de uma simples conversa. Precisamos lembrar que é diferente de um bate-papo com um amigo. Parte desta diferença está na escuta qualificada! Você já ouviu falar dela?

Na escuta qualificada, nós temos um processo um pouco diferente do dia-a-dia. Nela, nós atuamos sem julgamentos, respeitando o modo do outro (seu ritmo, seu distanciamento físico e emocional, seu modo de enxergar o mundo), não damos conselhos e ouvimos atentamente o que é dito.

Para essa escuta, pode-se utilizar algumas técnicas que chamamos de “Comunicação Terapêutica”. Essas técnicas podem ser empregadas por diversos profissionais, não apenas aqueles que atuam na Saúde Mental!

O manejo

Lembre-se, esse diálogo não deve ser mecânica, assim, não tome as técnicas de forma rígida, mas como uma orientação. Veja abaixo alguns tópicos a serem considerados durante a condução:

- 1) Formação do vínculo: olhar, demonstrar interesse, não julgar e iniciar fazendo perguntas fáceis e gerais, para “quebrar o gelo”.
- 2) Fazer perguntas abertas: elas abrem espaço para que a pessoa fale sobre si. Perceba: “Quando foi a última vez que foi ao médico?” é muito diferente de “Você não tem ido ao médico, não é?”
- 3) Escutar atentamente.
- 4) Atentar para comunicação não verbal.
- 5) Intervenções verbais: nossas perguntas e respostas levam a comunicação a rumos diferentes. Algumas sugestões são: repetir que foi falado, resumir, relacionar ideias, apontar sentimentos, clarificar, ajudar a encontrar soluções a partir das vivências da pessoa (cuidado para não dar conselhos, pautados nas suas próprias vivências), expor limites.

Pausas e silêncios são importantes. Às vezes, nós profissionais sentimos a necessidade de falar ou resolver a situação, mas não é recomendável atropelar o processo da pessoa. Dê tempo para que ela assimile seus pensamentos e emoções.

O manejo

Às vezes é bom ter como parâmetro aquilo que **não** devemos fazer, então, vamos lá a algumas coisas fundamentais nessa parte:

- ❖ Mentir,
- ❖ Prometer e seduzir,
- ❖ Chamar por nomes jocosos,
- ❖ Ser agressivo ou ríspido,
- ❖ Desafiar a pessoa entrevistada
- ❖ Ameaçar a pessoa entrevistada.
- ❖ Manipular ou testar a pessoa entrevistada,
- ❖ Julgar e dar opinião pessoal
- ❖ Tentar fazer a pessoa entrevistada acreditar na crença pessoal do entrevistador.



Observe...

Durante a observação, é importante atentar-nos a aspectos objetivos e subjetivos. Não se esqueça de que cada pessoa possui uma história única e uma forma de ver o mundo. Esteja disponível para tentar compreender a perspectiva daquela pessoa. Alguns pontos a serem observados são:

- ❖ Como a pessoa entrevistada costuma aceitar a aproximação de outras pessoas? Aceita melhor algum profissional específico?
- ❖ Quais comportamentos podem ser observados?
- ❖ O que parece ser importante para aquela pessoa? O que ela costuma repetir?
- ❖ Quais sentimentos ela provoca nos profissionais? O profissional deve ficar atento a isso, pois é um termômetro. É importante estar consciente (o máximo possível) sobre como nos sentimos diante daquela pessoa, pois traz informações de como ela se relaciona com os outros e nos diz se conseguimos lidar com determinada situação ou se precisamos de ajuda.



Repare! Essa conversa consiste em perguntas!!! Perguntas que realizamos ao usuário e perguntas que realizamos a nós mesmos e entre nós, colegas de equipe, constantemente.

Identificando o sofrimento mental

Como sabemos que alguém está com questões em saúde mental? Como identificamos isso?

É importante lembrar que o sofrimento é algo inerente à experiência humana!

É fundamental estar atento ao momento em que o sofrimento torna-se tão intenso que passa a impactar o indivíduo de modo a limitar sua vida, levando a uma alteração na funcionalidade, podendo haver perda de interesse na vida, tanto nos laços afetivos, quanto nas atividades de lazer e trabalho e em relação a seu próprio autocuidado, e/ou colocando ela e outras pessoas em risco, como no caso de ideações suicidas e uso abusivo de álcool.

Mas afinal, como sabemos disso??

Ouvindo!! E estando junto da pessoa, observando.

Quer saber mais?
Clica [aqui!](#)

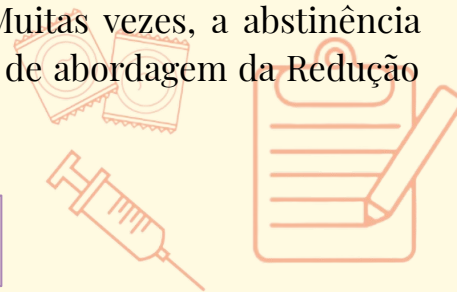
Necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas

Quando levamos em consideração a população em situação de rua, o uso abusivo de crack, álcool e outras drogas pode estar presente. Então, é importante pensarmos sobre isso.

O uso de substâncias psicoativas é muito presente em nossa sociedade, como aquela cerveja no churrasco ou o analgésico depois daquele dia intenso de trabalho. Nem sempre quer dizer que há um problema a ser tratado. Agora, quando há um problema falamos de um uso da substância que traz algum malefício para a pessoa. Isso acontece, por exemplo, naquele nosso consumo exagerado e não controlado de açúcar ou no uso frequente de analgésicos. Esses exemplos são de drogas lícitas, ou seja, permitidas por lei. As ilícitas, proibidas, podem trazer ainda outras questões, inclusive, judiciais. Entre as pessoas em situação de rua, precisamos ainda lembrar de diversos fatores que envolvem esse uso, como a falta de acesso à alimentação, saúde, higiene e a fragilidade da rede de suporte e familiar.

Este é um tema complexo, difícil. É muito importante evitarmos julgamentos. Muitas vezes, a abstinência enquanto estratégia terapêutica é um objetivo distante e é importante trabalhar a lógica de abordagem da Redução de Danos (RD).

Quer saber mais sobre a RD? O Centro de Convivência É de Lei pode te ajudar a entender! Clica [aqui](#).



E agora?

Se você achar que não consegue lidar sozinho com o que está sendo trazido, ficou em dúvida ou percebe que essa pessoa precisa ser encaminhada, você pode procurar um serviço especializado. São situações complexas que exigem abordagens complexas, compostas por múltiplos serviços.

A rede é construída por muitas mãos e conta com diversos dispositivos.

Vamos conhecer alguns?



Capítulo 4

Rede de Atenção
Psicossocial: com
quem podemos
contar?



TERRITÓRIO E REDES DE ATENÇÃO EM SAÚDE

Percebi que um usuário que estou acompanhando apresenta alguma questão de saúde mental. Com quem posso contar? Para responder esse questionamento, é necessário retomar algumas ideias sobre a noção de território e redes de atenção em saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS) em sua constituição prevê atendimento:



UNIVERSAL

Garantir o direito de acesso à todos



EQUÂNIME

Diminuir desigualdades



INTEGRAL

Enxergar a pessoa e ações em sua totalidade

TERRITÓRIO E REDES DE ATENÇÃO EM SAÚDE

Para execução e concretização desses princípios, foram também elaboradas diretrizes que norteiam esse atendimento e, dentre elas, podemos citar:

Regionalização e Hierarquização: organização dos serviços por localização geográfica e nível de complexidade.

Participação Popular: por meio de organizações populares como Conselho Nacional de Saúde, Conselho Estaduais e Municipais de Saúde.

Descentralização: distribuição das responsabilidades entre os poderes municipal, estadual e federal.

TERRITÓRIO E REDES DE ATENÇÃO EM SAÚDE

Então, com a intenção de dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa a partir dos princípios e diretrizes, chegamos em dois conceitos chaves para entender o apoio a pessoas em sofrimento mental:



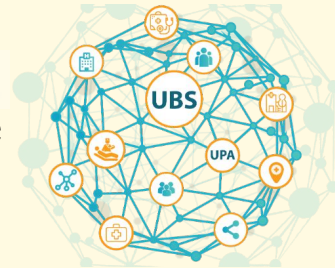
Região de Saúde

Agrupamento de municípios limítrofes, com a finalidade de integrar ações e serviços de saúde



Rede de Atenção à Saúde

Ações e serviços de saúde articulados em nível de complexidade crescente



Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, Redes de Atenção em Saúde em atenção primária, urgência e emergência, **atenção psicossocial**, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde.

TERRITÓRIO E REDES DE ATENÇÃO EM SAÚDE

Exemplificando...



O estado de São Paulo, coordenado no âmbito de Saúde pela Secretária Estadual de Saúde de SP e o Conselho Estadual de Saúde de SP, possui 17 REGIÕES DE SAÚDE, com no mínimo uma rede de atenção à saúde em cada. Totalizando assim 63 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE, inseridas nessas regiões de saúde.

TERRITÓRIO E REDES DE ATENÇÃO EM SAÚDE

Exemplificando...



A REGIÃO DE SAÚDE I, denominada **Grande São Paulo**, comporta **6 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**. Nessa região de saúde, é possível observar as Secretarias Municipais de Saúde e respectivos Conselhos Municipais de Saúde, dos 39 municípios integrantes.

TERRITÓRIO E REDES DE ATENÇÃO EM SAÚDE

Exemplificando...



Na Região de Saúde da Grande São Paulo também está inserida a REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE 06, que está inclusa apenas o **município de São Paulo**, coordenado na área da Saúde por sua Secretaria Municipal e Conselho Municipal. É nela que temos todos os pontos de atenção da cidade, em todas as categorias (atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde), inclusive os relacionados ao cuidado em saúde mental.

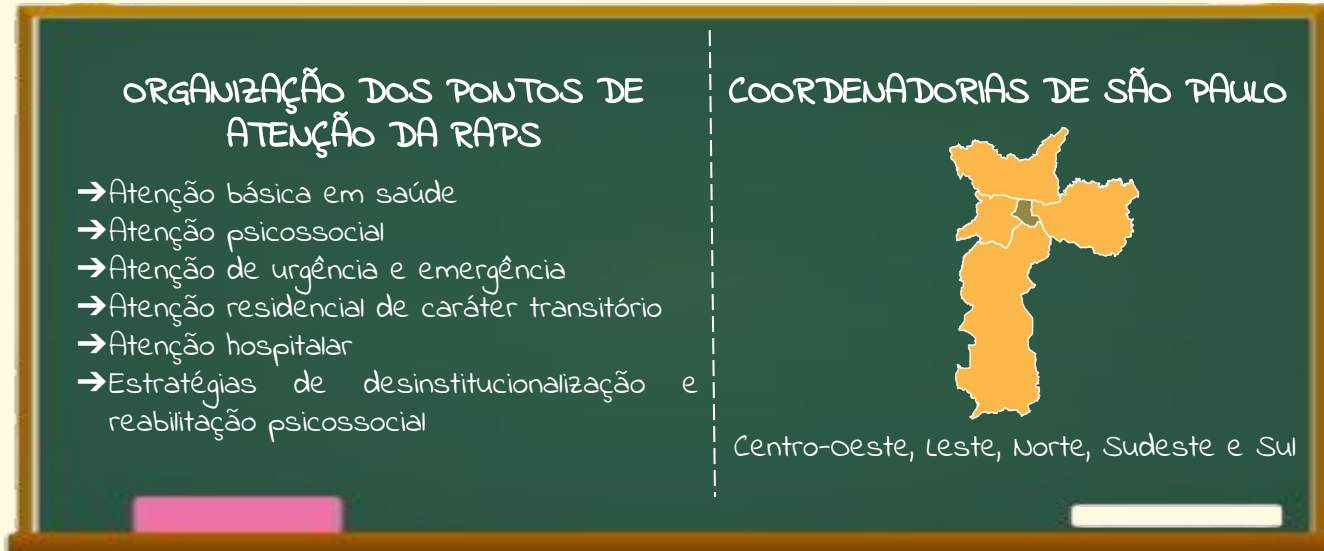
A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) são determinados os pontos de atenção para atendimento do indivíduo com sofrimento e/ou transtornos mentais, incluindo situações de uso abusivo de álcool e outras substâncias. A intenção é a consolidação de um modelo em saúde aberto, na perspectiva territorial (organizado por serviços de referência de cada microrregião) e de base comunitária, onde seja garantido aos indivíduos acompanhados, livre circulação entre os serviços, comunidade e cidade.



A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

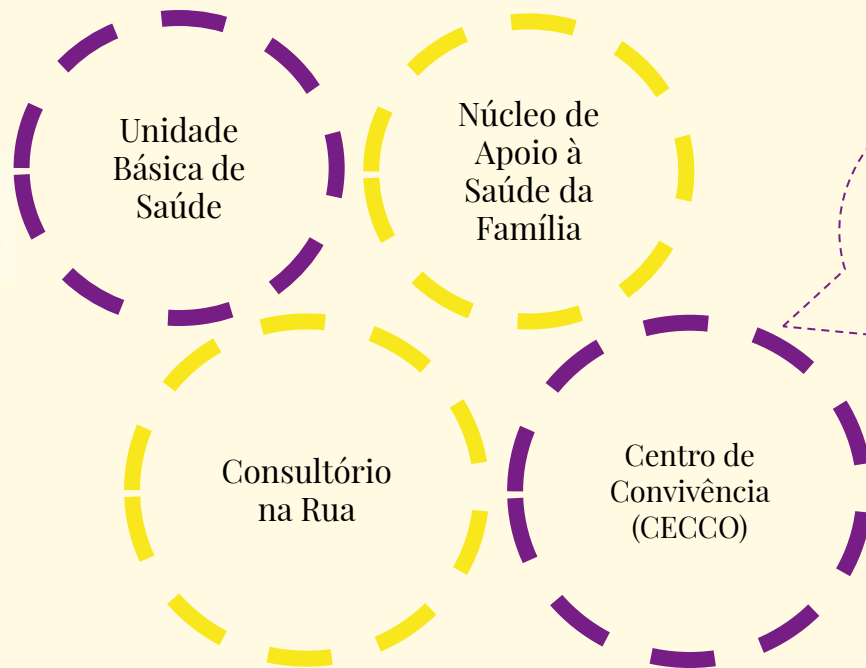
Tal rede de atenção foi instituída pela [Portaria Nº 3.088](#) do Ministério da Saúde em Dezembro de 2011 mas, desde 2018, passou por [diversas alterações e suspensões](#), através de resoluções elaboradas pelo mesmo ministério. Mesmo com as alterações, os pontos de atenção da RAPS ainda são compostos por equipes multidisciplinares, organizados em grupos e, na cidade de São Paulo, em coordenadorias heterogêneas, com diferenças em suas características socioeconômicas, ambientais, epidemiológicas e na distribuição de equipamentos sanitários



NA ATENÇÃO BÁSICA

Esses pontos de atenção são caracterizados por um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange a prevenção e promoção de saúde. É importante salientar que, nos pontos de atenção básica, temos as **Unidades Básicas de Saúde (UBS)**, que são **porta de entrada preferencial do SUS** e responsáveis pela coordenação do cuidado.

Clique aqui e descubra qual é a sua UBS de referência!



Esse serviço tem como objetivo acolher e constituir um local de encontro de diferentes pessoas, imprimindo um novo sentido social através da convivência e de oficinas.

Clique aqui e descubra mais sobre o CECCO!

NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESTRATÉGICA

Dentro dos serviços da atenção psicossocial estratégica temos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e as Unidades Ambulatoriais Especializadas - Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental.

O CAPS é um ponto da RAPS para usuários que apresentam intenso e persistente sofrimento psíquico, somado à importantes rupturas em suas relações e atividades, que demandam acolhimento, atenção e cuidado psicossocial. É um equipamento de portas abertas, não sendo necessário agendamento para ser atendido pela primeira vez, a fim de garantir acesso rápido. Porém, é importante lembrarmos que a porta de entrada preferencial para usuários do SUS são as UBS.

NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESTRATÉGICA

Os CAPS possuem diversas modalidades variando em relação ao público atendido (adulto, crianças e adolescentes, pessoas em situação de uso abusivo de substâncias), horários e dias de funcionamento, equipe mínima de atendimento, custeio, atividades, e tamanho do município/região de saúde abrangente. Assim como os outros serviços da RAPS, esses pontos de atenção objetivam ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral e recebe os usuários através de encaminhamento pela UBS.

Nas próximas páginas conheceremos os pontos da RAPS, sobretudo os componentes da cidade de São Paulo.

NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESTRATÉGICA



Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Podem atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.



Atendem crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas.

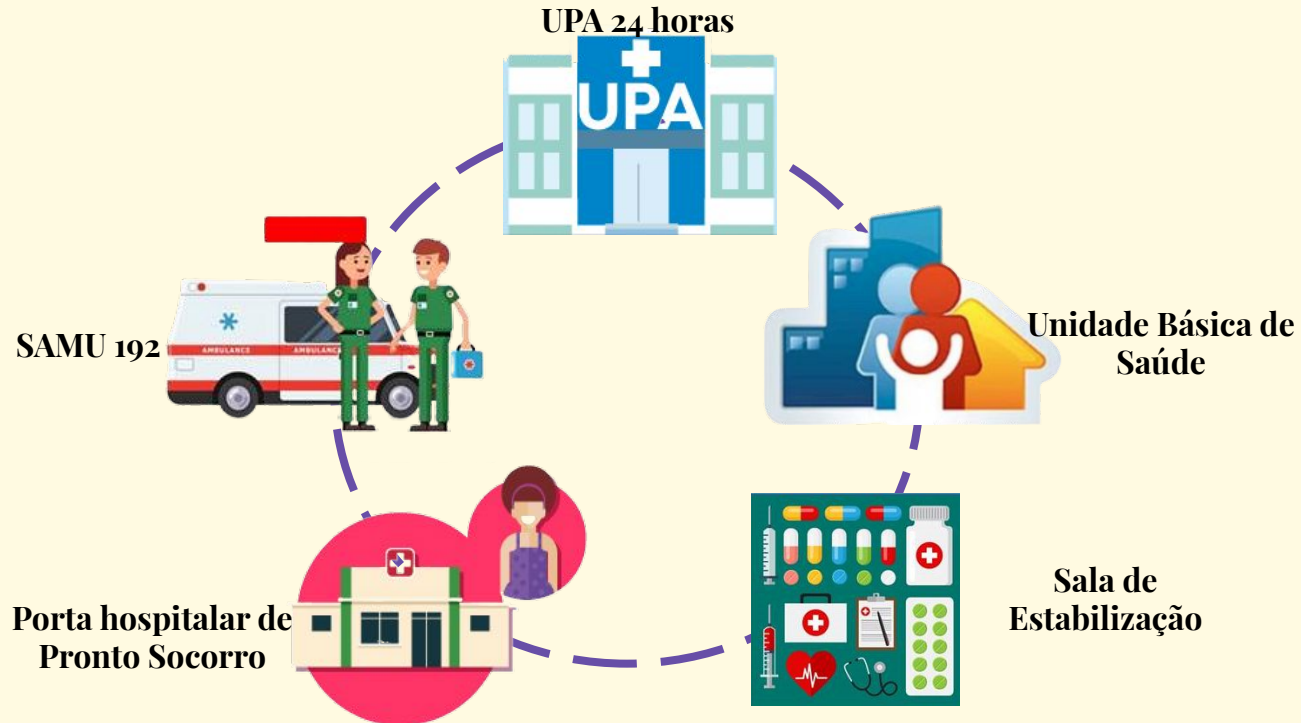


Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Podem atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

[Clicando aqui](#), você pode encontrar os endereços dos CAPS da cidade de São Paulo.

NA ATENÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Esses pontos de atenção são responsáveis pelo acolhimento, classificação de risco e cuidados nas situações de urgência e emergência das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.



NA ATENÇÃO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO

Unidade de Acolhimento



São ambientes residenciais com funcionamento de 24 horas, permanência é de até 6 meses. Fornecem cuidados de saúde para adulto e jovens (12 a 18 anos), com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, com acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar. O encaminhamento é realizado pelo CAPS de referência.

Serviços de Atenção em Regime Residencial (Comunidades Terapêuticas)



Serviço de cuidado à saúde destinado à adultos com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, cujo tempo de permanência é de até 9 meses. Articulam-se com a Atenção Básica, para cuidados clínicos gerais, e com o CAPS de referência.

NA ATENÇÃO HOSPITALAR

Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral



Enfermaria especializada que oferece tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de substâncias, em especial, nos casos de abstinências e intoxicações severas. Articula-se com serviço de referência, a fim de que a internação seja curta (até a estabilidade clínica).

Hospital Psiquiátrico Especializado

Oferece suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração, em situações assistenciais que evidenciem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica. Funciona em regime integral, durante vinte e quatro horas diárias, nos sete dias da semana, sem interrupção da continuidade entre os turnos.

Hospital Dia



Assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial.

NAS ESTRATÉGIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Estratégias de Desinstitucionalização: são estratégias substitutivas ao modelo centrado no hospital psiquiátrico, que objetivam a promoção de autonomia, o exercício de cidadania e a progressiva inclusão social.



Programa de Volta para Casa

Auxílio-reabilitação para pessoas que saíram de internações de longa permanência



Serviços Residenciais Terapêuticos

Moradias destinadas a acolher pessoas que saíram de internações de longa permanência

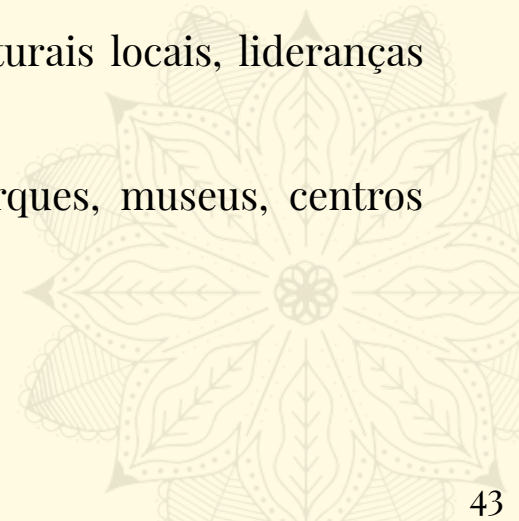
NAS ESTRATÉGIAS DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

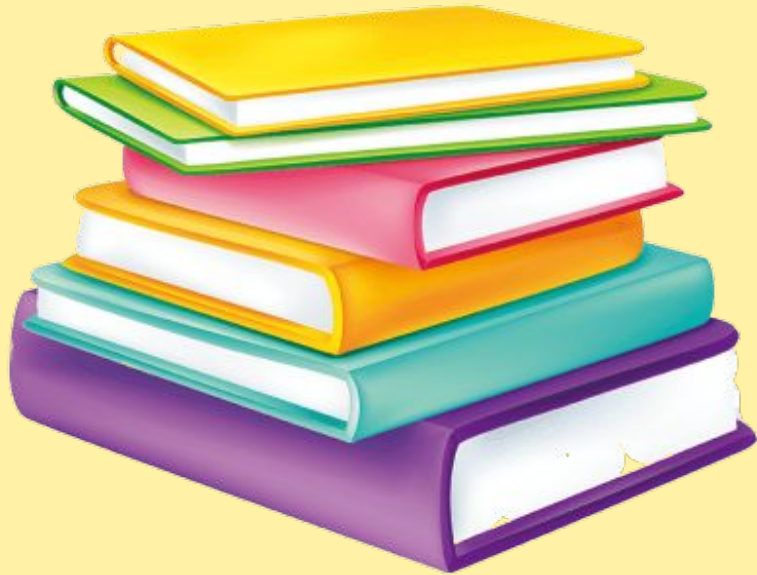
São iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais, visando a melhoria das condições concretas de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social, por meio da formação e qualificação para o trabalho.

Como a Assistência Social promove a Saúde Mental?

Além de poder contar com os serviços e profissionais da área da saúde, é importante lembrar que os profissionais da assistência social já oferecem um cuidado às pessoas que apresentam alguma questão em saúde mental; dentre os quais, podemos citar:

- ❖ Apoio ao usuário;
- ❖ Identificação do perfil do usuário e articulação com tradições culturais locais, lideranças comunitárias, relações de vizinhança e equipamentos comunitários;
- ❖ Auxílio no acesso a equipamentos de cultura e lazer: praças, parques, museus, centros culturais;
- ❖ Resgate de laços comunitários e familiares;
- ❖ Intervenção no imaginário social sobre a loucura.





Referências Bibliográficas

Referências Bibliográficas

Todas as imagens utilizadas são de domínio público (Canva gratuito e Google).

ABRE - Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Esquizofrenia. **Guia Prático sobre Psicoses para Profissionais da Atenção Básica**. 1ª edição. Junho, 2014.

ALBUQUERQUE MV et al. **Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016**. Ciência & Saúde Coletiva, 22(4):1055-1064, 2017

AMARANTE, P. **O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1996.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA - “Gestão em Saúde e Educação”. **SPDM assume a gestão do CAISM Vila Mariana e PAI Zona norte**. São Paulo, abril, 2018.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios : orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 44 p. : il.

DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A.. **Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis**. Revista de Psicologia da UNESP, 6(1), 60 -79; 2008.

DEMOGRAFIA MÉDICA. **Atlas das DSRs**. Disponível em: <http://demografiamedica.org.br/atlas-drss/>. 2020.



Referências Bibliográficas

FONTE, E.M.M. **Da Institucionalização da Loucura à Reforma Psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil**. Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPE. 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revsocio/article/view/235235/28258>.

FOUCAULT, M. **História da loucura: na Idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 10^a ed., 2014.

GONÇALVES, A. et al. **Encontro de Bauru: 30 anos de de luta “por uma sociedade sem manicômios”** - Relatório Final. Bauru, 08 e 09 de dezembro de 2017.

HARADA, Jorge. **Regionalização e Rede de Atenção à Saúde: conceitos e desafios**. 31º Congresso de Secretários Municipais de Saúde do estado de São Paulo. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A Regionalização da Saúde - O Decreto nº 7.508/11 e os desafios da gestão do SUS**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/dreceto_7508_desafios_gestao_sus.pdf. 2018.

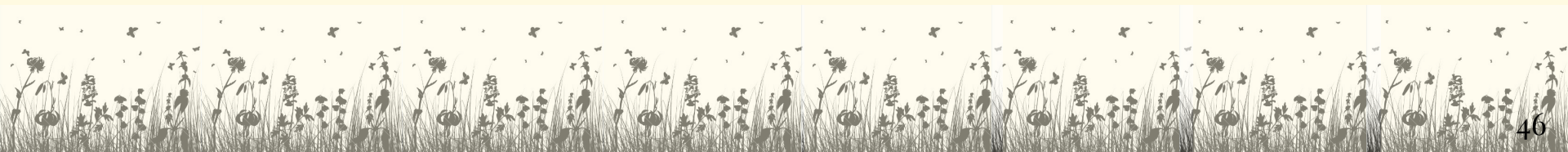
MATTA, G. C. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G. C.; MOURA, A. L. **Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007, pp. 61-79.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Entendendo o SUS**. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha-entendendo-o-sus-2007.pdf>. 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Mapa da Saúde**. <http://mapadasaude.saude.gov.br/mapadasaude/>. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. - Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **NOTA TÉCNICA Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Assunto: Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas**. Brasil, 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O sistema nacional de Saúde**. 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/681-institucional/40029-sistema-nacional-de-saude>.



Referências Bibliográficas

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Princípios do SUS**. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Gabinete do Ministro. **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 (SUS)**. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Rede de Atenção Psicossocial**. 2018.

ROVIDELLO, G.G.D., YASUI, S. **A loucura em Foucault: arte e loucura, loucura e desrazão**. São Paulo. V.20, n.2, abr.-jun. 2013, p.653-673 v.20, n.4, out.-dez. 2013, p.1515-1529.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SP. **Rede de Atenção Psicossocial**. 2015.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SP. **REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PROPOSTA DE ADESAO - RAAS 06**. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/RAPSo4112013.pdf>. 2016.

SOUSA A.A.F. et al. **Saúde Mental das pessoas em situação de rua - Conceitos e práticas para profissionais da assistência social**. São Paulo, dez. 2016.

SILVA, A.L.A., FONSECA, R.M.G.S. **Os nexos entre concepção do processo saúde/doença mental e as tecnologias de cuidados**. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.11 no.6 Ribeirão Preto Nov./Dec. 2003.

VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, Brasília. **Relatório Final. Ministério da Saúde**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_fin_al.pdf>. Acesso em: abril/. 2020

XAVIER DR et al. **As Regiões de Saúde no Brasil segundo interações: método para apoio na regionalização de saúde**. Cad. Saúde Pública 2019; 35 Sup 2:e00076118

