



**A REDE DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL NO PIAUI:**
orientações para o cuidado
em saúde mental



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PIAUÍ
Diretoria de Unidade de Vigilância e Atenção à Saúde
Gerência de Atenção à Saúde Mental

**A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO PIAUÍ:
orientações para o cuidado em saúde mental**

Teresina – PI
2017

Elaboração, distribuição e informações:

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PIAUÍ - SESAPI

Superintendência de Atenção à Saúde – SUPAT

Diretoria de Unidade de Vigilância e Atenção à Saúde - DUVAS

Gerência de Atenção à Saúde Mental - GASM

Avenida Pedro Freitas, S/N, Bloco A, Centro Administrativo

CEP:64018-900

Tel: (86) 3216-3562

E-mail: s.mental@bol.com.br

Direção de Arte e Diagramação:

Bruno Soares/ CCOM-PI

Equipe Organizadora:

Gisele Martins do Nascimento

Maria do Rosário Nunes Carvalho Costa

Erica Amanda dos Santos Soares

Lara Emanueli Neiva de Sousa

Maria do Rosário Barbosa da Silva Sousa

Maria Solange Silva Barbosa

Eliane Melo de Sales

Maria da Conceição Pintos da Silva

Colaboração:

Lúcia Cristina dos Santos Rosa

Larissa de Andrade Gonçalves

SUMÁRIO

1 - APRESENTAÇÃO	06
2 - GESTÃO COMO UMA DIMENSÃO	
INERENTE AO SUS/REFORMA PSIQUIÁTRICA	07
3 - REGISTRO DAS AÇÕES E PROCESSOS DE TRABALHO	
DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	15
4- CRISE E URGÊNCIA EM SAÚDE MENTAL:	
(re)pensando em conceitos e novas práticas de cuidado	22
REFERÊNCIAS	33
REFERÊNCIA CONSULTADA	34

APRESENTAÇÃO

A presente cartilha trata-se de uma iniciativa da Gerência de Atenção à Saúde Mental (GASM) da Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (SESAPI) tem por objetivo divulgar à população piauiense – usuários, familiares, trabalhadores em saúde, serviços de saúde e gestores municipais – um conjunto de elementos capazes de subsidiar a elaboração e o desenvolvimento de projetos voltados para implantação da política de atenção integral em saúde mental, bem como divulgar a rede composta por diversas ações e serviços de saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito estadual existente até o presente.

A Política Estadual de Saúde, pautada nos auspícios da construção da democracia e na perspectiva dos direitos dos cidadãos, e a Política de Atenção Integral à Saúde Mental, também consubstanciada na Reforma Psiquiátrica, decorrente do movimento sanitário brasileiro, são os pilares e a sustentação dos propósitos e realidades já constituídas e apresentadas nesta cartilha.

Essa ferramenta configura-se como uma iniciativa de estabelecer padrões mínimos de qualidade na atenção em saúde mental, nos diversos níveis de complexidade, destacando os nós críticos existentes nos serviços no Estado do Piauí.

Na oportunidade agradecemos a colaboração do Ministério da Saúde e da Universidade Federal do Piauí representados por Larissa de Andrade Gonçalves (apoiadora da RAPS no Piauí) e Dr^a Lucia Cristina dos Santos Rosa respectivamente na construção desse material, o que fortalece esta parceria e enriquecimento dessa cartilha.

Portanto, acredita-se que avanços foram alcançados e nos desafios existentes para todos os atores que compõe a Rede de Atenção Psicossocial piauiense, compartilhando o desejo que o cuidado em saúde mental seja comunitário, integral e possibilite a reinserção das pessoas com transtornos mentais e dos decorrentes de necessidades por uso de crack, álcool e outras drogas.

GESTÃO COMO UMA DIMENSÃO INERENTE AO SUS/ REFORMA PSIQUIÁTRICA

Lucia Cristina dos Santos Rosa¹

O Sistema Único de Saúde, e nele a reforma psiquiátrica, consolidado na Constituição Federal de 1988, com sua visão ampliada de saúde, a remetendo aos determinantes sociais do processo saúde doença, trouxeram várias inovações, sobretudo na dimensão da gestão, igualmente ampliada para além de seus encargos gerenciais, administrativo – burocráticos.



Dessa forma, gerir é também acompanhar a frequência e o desempenho dos trabalhadores, administrar escala de férias, a relação de medicamentos, o estoque de produtos, mas vai, além disso.

Incorpora as dimensões gerencialistas, mas, também a liderança de uma equipe em um território que precisa ser desvendado em suas particularidades sócio-sanitárias.

Consequentemente implica dirigir não apenas um equipamento de saúde, mas, dirigir respostas a um contexto territorial, onde a vida da pessoa enferma e sua família vivem, ampliando laços sociais, produzindo saúde e reinventando a vida.

Como o horizonte é a atenção integral, e alterar os determinantes sociais que produzem enfermidades, e a saúde sozinha não dará conta de um objeto tão complexo e multidimensional, requerendo a intersetorialidade, ou seja, os saberes e fazeres, a ação sinérgica com outras políticas públicas, a gestão terá que necessariamente articular redes, outros serviços intra e intersetorialmente.

O que é Planejamento?

Segundo Barbosa (2011) “gerir abrange: planejar, avaliar, executar, monitorar” (p. 347).

Ou seja, gerir engloba todo ciclo da política, o que implica o processo de formulação, planejamento, execução, avaliação e correção.

Planejar implica em estabelecer objetivos com clareza, e definir metas a serem atingidas a curto, médio e longo prazo.

O planejamento se materializa em um documento, denominado Projeto Terapêutico Institucional - PTI, exigido inicialmente para criar um serviço, mas que precisa ser atualizado, com frequência, pelo menos, anual.

O PTI é a carteira de identidade de um serviço. Explicita a missão do CAPS, do SRT ou outro equipamento da saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial. Este documento permite a visibilidade do serviço no seu território de intervenção; facilita pactuações com a gestão local e com as demais políticas públicas assim como, a compreensão dos trabalhadores acerca da essência do equipamento, sua missão, objetivos, facilitando que compreendam em que projeto devem formatar suas intervenções.



Dessa maneira, oferece o norte, a direção que o equipamento deverá ter/seguir no território e no cotidiano assistencial.

Deverá ser construído e atualizado, preferencialmente, de maneira coletiva, haja vista que o SUS postula a gestão compartilhada. O gestor ao fomentar a construção coletiva, permite que essa obra produzida solidariamente, tenha a corresponsabilidade de todos, incluindo trabalhadores, usuários e familiares, ou pelo menos representantes de cada segmento.

O que deve conter um PTI?

É importante primeiro, saber em que contexto se encontra o gestor. Conhecer a história e as principais características do município, o que é fornecido pelo IBGE. Conhecer a política de saúde e como a saúde mental está situada em seu interior.

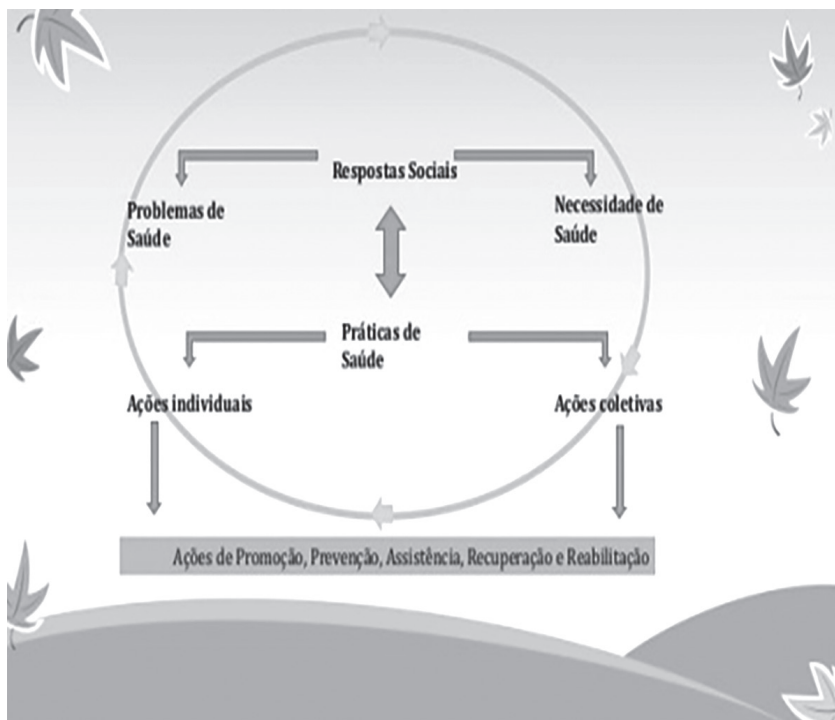
Depois, conhecer os principais atores que atuam e interferem na saúde mental; o desenho da política, seus objetivos, o lugar ocupado pelo equipamento/serviço a ser gerido, a que instâncias está vinculado.

Importante responder a algumas questões:

O que está em jogo no contexto da política de saúde (no plano nacional, estadual e local)? Que lugar cada ator/agente ocupa nesse jogo? Que lugar o equipamento/serviço ocupa nesse jogo? Qual sua importância e como se articula no fluxo geral da Rede de Atenção Psicossocial?



Como este equipamento se situa na história do município ao qual o gestor se situa? Qual a história da política de saúde mental no município sede do equipamento? Qual a história desse equipamento? Desde quando existe? Quem ou o que levou à sua criação? Qual o lugar da saúde mental na política de saúde do município. Quais as expressões da saúde mental no município? Que demandas chegam ao serviço? Como o serviço/equipamento responde a essas demandas? Quais os pontos fortes e frágeis do equipamento no município?



Observe que o início do planejamento começa exatamente por contextualizar historicamente a gestão da saúde/saúde mental e o equipamento a ser gerido.

É necessário, fazer uma análise situacional da saúde/saúde mental em cada contexto. Obviamente, muitas necessidades em saúde serão identificadas.

Que informações encontram-se disponíveis para cada necessidade?

Há sistemas de informação confiáveis? É necessário produzir fontes de informação? Qual a magnitude de cada necessidade em saúde? (tamanho, impacto).

Diante de recursos humanos, financeiros e temporais escassos, é fundamental estabelecer prioridades. É importante avaliar:

O que e por que priorizar determinada necessidade?

É necessário estabelecer prioridades, que poderão ser associadas a respostas de curto, médio e longo prazo.

Frente à prioridade estabelecida, identificar que políticas, recursos ou tecnologias deverão ser acionados ou produzidos para oferecer algum nível de resolutividade à necessidade destacada.



Como o próprio adjetivo informa, a análise é situacional, ou seja, dinâmica. À medida que vai recebendo algum investimento em prol de sua solução, outras necessidades emergirão.

Gerir, então, envolve tomado de decisão, tendo por foco resultados, na perspectiva de resolver problemas sanitários/necessidades em saúde.

A gestão é tridimensional, sendo social, gerencial e assistencial (FL-EURY, 2014).

A **dimensão social** informa que a gestão é comprometida com resultados coletivos. Afinal, estamos falando de uma gestão pública, que tem que prestar contas para a coletividade, que paga os impostos, que financiam os serviços/equipamentos de saúde.

A dimensão social também se situa na perspectiva compartilhada, no fomento ao controle social, ao protagonismo de trabalhadores, usuários e familiares.

A **dimensão gerencial** é a mais conhecida e a que menos avançou no SUS (FLEURY, 2014), pois ainda restrita à gestão de pessoas, compras (aquisições e controle de almoxarifado/estoque. Com o SUS é requerido uma gestão que amplie e produza informações estratégicas (crie Banco de Dados); invista no planejamento, na qualidade dos serviços prestados e na gestão de redes, exigindo que o gestor vá para além do equipamento, compreendendo fluxos da Rede de Atenção Psicossocial, articulando possibilidades e novas formas de atuar dos serviços.

A terceira dimensão é a **gestão do cuidado, gestão da clínica, gestão assistencial**, envolvendo o Projeto Terapêutico Singular, que não se limita à agenda do “enfermo” no CAPS. Implicando as várias dimensões da atenção psicossocial, voltada para a cidadania, ou seja, o morar, o trocar identidade (SARACENO, 1999) (de estigmatizada para a visibilização pública de outras identidades positivas da pessoa com transtorno mental, tal como: ser poeta; cantor; pintor; artista, cuidador, dentre outras). Implica ainda a gestão do acesso ao serviço, agindo sobre as barreiras de acesso, sobretudo as barreiras atitudinais, muito comum quando há comorbidades, como problemas clínicos ou odontológicos ou até mesmo geográficos, por exemplo, facilitando o acesso da população de assentamentos ao serviço, via equipe itinerante.



Avaliar constantemente as ações e serviços oferecidos à população, para ir além dos 3 Ms (médico, medicamentos e merenda). A adesão do usuário está em relação direta com a oferta. **As ofertas que o serviço apresenta aos usuários são atrativas? Propiciam vínculos/reinvenção da vida?**

Ao estabelecer prioridades, muitas vezes é requerido que se produza linhas de cuidados para determinados segmentos, por exemplo: um CAPS com número significativo de jovens, idosos, pessoas com deficiência, ou gestantes, com transtorno mental. Cada um desses segmentos pode ter uma linha de cuidado, concebida como uma diretriz que define a:

“forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma região de saúde, para a condução oportuna (integral, de qualidade e humana) ágil, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância.” (BRASIL, 2013: p.186).

Quando necessário, oferece a direção dos encaminhamentos, para que não seja meramente um repasse de responsabilidade, definindo o fluxo da atenção na RAPS.

Por fim, a dimensão assistencial implica na construção de indicadores de avaliação. Sabe-se que na saúde mental o único indicador é o de cobertura de número de CAPS por mil habitantes. Que outros indicadores pode ser produzido para avaliar a efetividade das ações em saúde mental?

A partir de 2017 teremos outro Indicador, conforme Resolução Nº 08, de 24 de Novembro de 2016, da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, **“Ações de Matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica”**, tendo em vista processo de pactuação interfederativa de indicadores para o período 2017-2021 relacionados a prioridades nacionais em saúde.

Por exemplo: número de reinternações em hospitais psiquiátricos. Inserção em ações de geração de emprego e renda.

Importante analisar quais os municípios que mais tem internado no Hospital Areolino de Abreu, é um indicador fundamental para avaliar o potencial de atenção à crise em cada município/Caps. Os CAPS que implementam projetos de geração de emprego e renda, com certeza, fomentam mais a autonomia e o fortalecimento da cidadania da pessoa com transtorno mental.

Alguns CAPS têm extrapolado o teto da RAAS, o que isso sinaliza/indica? Que recomendações sugerir para dar outro norte para esse fato?

É fundamental a criação de um banco de dados de abrangência municipal, mas, sobretudo estadual, para produzir informações estratégicas para subsidiar a avaliação da implementação do modelo assistencial em saúde mental no contexto piauiense e criar uma série histórica, que permita acompanhar longitudinalmente as alterações e até mesmo os momentos de estagnação. Não basta criar serviços, sem que haja um processo continuado de supervisão, monitoramento e avaliação. É importante ainda preservar a memória histórica dos acontecimentos, das ações e dos avanços, até para não se ficar com a sensação de que a cada gestão, está “reinventando a roda”, ou seja, partindo do zero.

Nesse sentido, é fundamental a documentação, o registro de informações de maneira sistemática, bem como sua socialização com as diferentes esferas de governo e políticas.

Uma gestão articulada, que pensa não apenas um equipamento, mas, a cidade, a cidadania e o futuro, consumam-se na direção do fortalecimento de direitos. Remete às responsabilidades pelo outro e pela vida. Orienta o trabalho em equipe, produz saúde para a sua equipe e para os usuários, familiares e seu território de atuação, na direção de um trabalho solidário e articulado. Combina necessidades (e riscos) com os recursos disponíveis, possibilitando navegar no horizonte da maior resolutividade.

REGISTRO DAS AÇÕES E PROCESSOS DE TRABALHO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Lara Emanuelli Neiva de Sousa¹

A secretaria de Estado da Saúde do Piauí, através da Gerência de Atenção à Saúde Mental (GASM) acredita que a implantação do RAAS nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) configura-se como uma possibilidade de análise dos processos de trabalhos destes serviços.



Mediante os monitoramentos realizados pela equipe técnica da GASM nos Centros de Atenção Psicossocial do Estado nos anos de 2015 e 2016 observou-se fragilidade no registro das ações e processos de trabalho nos CAPS, através do RAAS, reforçado pelo discurso dos profissionais que atuam nesses centros no momento da supervisão.

Desta forma, orienta-se que as equipes dos CAPS utilizem as reuniões técnicas para discutir os procedimentos presentes na portaria nº 854/2012, relacionando-os com as ações cotidianas. Para tanto, segue algumas orientações para nortear a discussão desses registros.

ORIENTAÇÕES GERAIS:

1 - No ano de 2012 foi instituído pelo Ministério da Saúde um novo sistema de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde – RAAS. A Portaria 276 de 30 de março de 2012, que institui o RAAS, tem o objetivo de incluir as necessidades relacionadas ao monitoramento das ações e serviços de saúde conformados em Redes de Atenção a Saúde (RAS).

2 - A Portaria SAS/MS 854, de 22 de Agosto de 2012 altera e cria os novos procedimentos pelos CAPS com a finalidade de qualificar o processamento e o monitoramento da produção dos mesmos no SIA/SUS. Refere-se, especificamente, às ações que fazem parte do processo de trabalho das equipes dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, permitindo melhor acompanhar o modelo de atenção vigente nestes serviços.

3 - Os códigos dos novos procedimentos a serem informados pelos CAPS devem ser registrados no Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA/C), no Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA/I) e no Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde - RAAS, conforme a Portaria 854/2012, e não necessitam de autorização.

4 - No RAAS serão lançados os procedimentos correspondentes às ações dos Planos Terapêuticos Singulares. No BPA/C serão lançados os procedimentos relativos ao Projeto Técnico Institucional, especificamente, as ações de ativação da Rede de Saúde e Intersectorial, ou seja, da Linha de Cuidado Integral em Saúde Mental. O BPA/I possui um único procedimento (03.01.08.023-2) correspondente à ação de acolhimento inicial do usuário no serviço.

5- Antes de iniciar o lançamento dos procedimentos realizados com os usuários do CAPS no BPA/I e no RAAS, a equipe deve relacionar o procedimento a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do profissional que o realizou e ao CID do usuário. Os CBOs e CIDs devem ser compatíveis aos procedimentos informados, conforme definido na Portaria SAS/MS 854/2012, para que não gere inconsistência na informação.

6 - Os procedimentos realizados por mais de um profissional devem ser registrados no RAAS vinculados apenas a um CBO. Por exemplo, se um “atendimento em grupo” for realizado por um psicólogo e um enfermeiro, somente poderá ser informado no sistema o CBO de um dos profissionais. É **vedado informar uma mesma atividade duplamente apenas para registrar um ou mais CBOs**. Se uma mesma atividade for registrada duas vezes, o sistema fará a leitura de que houve dois “atendimentos em grupo” para o mesmo usuário, no mesmo dia, configurando distorção de informação. Sugere-se que se alternem os registros entre os profissionais que participaram da atividade periodicamente.

7 - Após o lançamento dos procedimentos no RAAS, o sistema cria automaticamente um documento onde constam todas as ações realizadas com o usuário. Este documento chama-se “espelho” e pode ser útil à equipe inseri-lo no prontuário, pois o mesmo constitui uma espécie de fotografia do Plano Terapêutico Singular (PTS) realizado.

Segue abaixo os procedimentos que podem ser realizados no âmbito dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e registrados no RAAS.

03.01.08.023-2: Acolhimento inicial

Refere-se ao acolhimento do usuário no serviço, devendo a ser informado no BPA/I, utilizado antes da abertura do RAAS. Consiste no primeiro atendimento ofertado ao usuário e/ou familiar que chega ao serviço por demanda espontânea ou referenciado, incluindo as situações de crise atendidas no território ou no serviço.

03.01.08.019-4: Acolhimento diurno

Consiste no conjunto das ações de hospitalidade diurna ofertadas ao usuário. Tem o objetivo de ofertar um espaço-tempo de estadia no CAPS que funcione como continência às situações que o desestabilizaram, através de uma ambiência acolhedora e de estratégias de cuidado singulares construídas pela equipe. Destina-se a usuários que estão em situação de intenso sofrimento psíquico, de rupturas familiares e comunitárias, de limitação comunicacional e/ou de dificuldades de convivência relacionados ou não ao uso de álcool e outras drogas.

03.01.08.002-0: Acolhimento noturno

Entende-se como o conjunto das ações de hospitalidade noturna ao usuário acompanhado no serviço, que visa ofertar cuidado a situações de crise, motivadas por sofrimento decorrente de transtornos mentais relacionados ou não ao uso de álcool e outras drogas.

03.01.08.020-8: Atendimento individual de paciente em Centro de Atenção Psicossocial

Configura-se no atendimento que o profissional (nível médio ou superior) que realizou e somente deverá ser realizado quando fizer parte do Plano Terapêutico Singular. Exemplos: atendimentos médicos, de enfermagem, o ato de ministrar medicações injetáveis em usuários no CAPS pois constitui como um momento de escuta e acompanhamento do usuário, para além da ação operacional de aplicação do fármaco. Nos casos de atos de administração de medicação que se incluem nas rotinas do acolhimento diurno, de terceiro turno ou noturno do CAPS não é necessário informar um procedimento específico, dado que o procedimento acolhimento contempla o conjunto das ações de hospitalidade ofertadas nestas situações.

03.01.08.021-6: Atendimento em grupo de paciente em centro de atenção psicossocial

Considera-se ações desenvolvidas coletivamente que explorem as potencialidades das situações grupais com variadas finalidades, como recurso para promover sociabilidade, intermediar relações, manejar dificuldades relacionais, possibilitem experiência de construção compartilhada, vivência de pertencimento, troca de afetos, autoestima, autonomia e exercício de cidadania.

03.01.08.024-0: Atendimento domiciliar para pacientes de centro de atenção psicossocial e/ou familiares

Atenção prestada no local de morada da pessoa e/ou familiares, para compreensão de seu contexto e suas relações, acompanhamento do caso e/ou em situações que impossibilitem outra modalidade de atendimento, que vise à elaboração do projeto terapêutico singular ou dele derive, que garanta a continuidade do cuidado. Envolve ações de promoção, prevenção e assistência.

03.01.08.027-5: Práticas corporais em centro de atenção psicossocial

São estratégias ou atividades que favoreçam a percepção corporal, a autoimagem, a coordenação psicomotora e os aspectos somáticos e posturais da pessoa, compreendidos como fundamentais ao processo de construção de autonomia, promoção e prevenção em saúde.

03.01.08.028-3: Práticas expressivas e comunicativas em centro de atenção psicossocial

São estratégias ou atividades dentro ou fora do serviço que possibilitem a ampliação do repertório comunicativo e expressivo dos usuários e favoreçam a construção e utilização de processos promotores de novos lugares sociais e inserção no campo da cultura”.

03.01.08.034-8: Ações de reabilitação psicossocial

Conjunto de ações desenvolvidas pelos CAPS que implicam a articulação com os recursos do território (tanto das políticas públicas quanto os da comunidade) de forma a proporcionar novas possibilidades de projetos de vida que garantam o exercício dos direitos de cidadania, por exemplo, nos campos da educação, trabalho (em especial de economia solidária), habitação, cultura e dos direitos humanos em geral. As ações de Reabilitação Psicossocial são compreendidas de forma distinta às tradicionais formas de entretenimento, controle e distribuição e ocupação do tempo e espaço.

Como exemplos, ações desenvolvidas na incubação de projetos de geração de trabalho e renda, empreendimentos econômicos solidários e sociais, cooperativas sociais, articulação dos CAPS com as escolas para inclusão dos usuários nos projetos de alfabetização, no caso de adultos, serem inseridos no contexto escolar no caso dos CAPS infantojuvenis.

03.01.08.035-6: Promoção de contratualidade no território

Refere ao “acompanhamento do usuário nos cenários da vida cotidiana” com vistas à mediação das relações, ampliação de redes sociais e de autonomia. As práticas de Acompanhamento Terapêutico (AT) podem ser informadas no RAAS através deste procedimento, bem como de acompanhar o usuário no processo de emitir documentos, abrir uma conta no banco,

ou a utilizar o transporte público sem necessidade do acompanhamento dos familiares, de forma processual na perspectiva de ampliação de suas possibilidades, entre outras. De forma a contrapor às ações de “fazer pelo usuário”, são ações de validação do usuário na perspectiva da criação de novos campos para negociação e diálogo através do empréstimo do poder contratual dos profissionais, diminuindo as desigualdades nas relações de poder.

As Oficinas Terapêuticas realizadas pelos CAPS são dispositivos terapêuticos coletivos muito potentes no que diz respeito ao cuidado em saúde mental, aprendizagem de habilidades específicas, promoção de sociabilidade, cidadania e protagonismo dos usuários.

Dado que não há um procedimento específico que nomeie diretamente este dispositivo no RAAS e considerando a diversidade de contornos metodológicos e de finalidades que as oficinas possuem, fica a cargo da equipe escolher um dos procedimentos do RAAS que melhor defina o trabalho realizado. Dentre as opções disponíveis, sugere-se: **“atendimento em grupo de usuário”, “práticas corporais em centro de atenção psicossocial”, e “práticas expressivas e comunicativas em centro de atenção psicossocial”** a escolha dependerá do objeto, método e finalidade da oficina realizada.

03.01.08.025-9: Fortalecimento do protagonismo de usuários de centro de atenção psicossocial e seus familiares

Refere-se a atividades que fomentem a participação de usuários e familiares nos processos de gestão dos serviços e da rede. Um exemplo dessas atividades é a realização de assembleias de usuários e familiares com uma frequência/periodicidade no âmbito do serviço.

Algumas ferramentas estratégicas para o acompanhamento do usuário durante a internação são: ações de **“matriciamento de equipes dos pontos de atenção da urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas”, “matriciamento de equipes da atenção básica e articulação de rede” e “articulação de redes Intra e Inter setoriais”**. Estes procedimentos de trabalho em rede potencializam o efeito desejado da internação e deverão ser informados no BPA/C.

Dentre os dispositivos de ativação de **redes e de linha de cuidado**, **estão os seguintes procedimentos:** “ações de articulação de redes intra e intersetoriais” (03.01.08.025-9), “fortalecimento do protagonismo de usuários de centro de atenção psicossocial e seus familiares” (03.01.08.026-7), “matriciamento de equipes da atenção básica” (03.01.08.030-5), “matriciamento de equipes dos pontos de atenção da urgência e emergência, e dos serviços hospitalares 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” (03.01.08.039-9), “ações de redução de danos” (03.01.08.031-3), “acompanhamento de SRT por centro de atenção psicossocial” (03.01.08.032-1) e “apoio a serviço residencial de caráter transitório por centro de atenção psicossocial” (03.01.08.033-0).

Destaca-se que a importância de se qualificar os registros das ações realizadas pelos CAPS, em última instância, objetiva estimular e monitorar a mudança das práticas preconizadas pelo modelo de atenção psicossocial, valorizando aspectos como intersectorialidade, integralidade do cuidado e o papel de coordenação/ matriciamento atribuído aos CAPS no âmbito da RAPS. Para isso, a criação de procedimentos como Redução de Danos, Reabilitação Psicossocial, Promoção de Contratualidade e Protagonismo de usuários, dentre outros, sinalizam em que medida o serviço está atuando com vistas ao respeito e promoção dos direitos das pessoas com transtornos mentais.

Desta forma, apreende-se que o RAAS é um registro de acompanhamento, monitoramento e apoio dos processos de trabalho, é importante que as ações realizadas sejam informadas diariamente no formulário do RAAS. A periodicidade da alimentação no sistema pode variar de acordo com o processo de trabalho de cada serviço, desde que buscando-se manter os lançamentos atualizados no mês de competência do trabalho realizado.

Portanto, o presente texto foi produzido com base em experiências realizadas em outros estados e na legislação vigente com a finalidade de promover um maior esclarecimento para os trabalhadores e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial do Piauí. Ela não substitui a leitura da legislação, tampouco de qualquer documentação disponibilizada pelo Ministério da Saúde.

CRISE E URGENCIA EM SAÚDE MENTAL: (re)pensando em conceitos e novas práticas de cuidado

Lara Emanuelli Neiva de Sousa¹

Gisele Martins do Nascimento²

Nesta exposição, caro leitor você está sendo convidado a conhecer sobre a atenção à crise em saúde mental, sob uma perspectiva que possibilita rever conceitos importantes, cenas do cotidiano visualizadas nos dispositivos de saúde mental no Estado, permite também enxergar um campo rico de intervenções que resgatam a essência do ser humano, em situações de crise em saúde mental.

Objetiva-se que no final desse texto seja capaz de compreender o surgimento do conceito crise, urgência, emergência, os sentimentos presentes nas pessoas e seus familiares que estão ao redor/junto ao indivíduo em sofrimento psíquico, os pilares teóricos para manejo da situação nesta circunstância e apreender que nos pilares da reforma psiquiátrica existem novos mecanismos e formas de pensar sobre crise em saúde mental. Para iniciarmos essa discussão questionamos: **A situação de um indivíduo e sua crise provoca que tipos de sentimentos entre as pessoas envolvidas?**

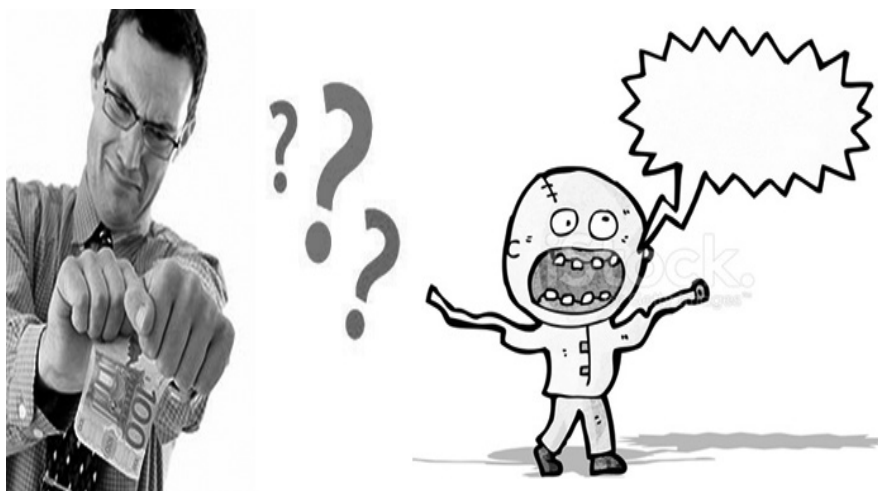


O que se pode observar, na maioria das vezes em que uma pessoa está em situação de crise, é que aqueles próximos a ela experienciam sentimentos como **insegurança, medo, ansiedade, angústia, incertezas e impotência**, uma vez que surge a sensação de não saber o que fazer diante do que está ocorrendo. Diante dessa realidade compreende-se que talvez esses sentimentos dolorosos suscitados em uma situação de crise estejam relacionados com o motivo pelo qual o atendimento às pessoas com algum tipo de sofrimento mental era baseado na segregação em grandes centros especializados de psiquiatria.

Para tanto, pergunta-se meu caro leitor, **qual a sua percepção e sentimentos mobilizados diante de um indivíduo em crise?**

Esses sentimentos não são diferentes da maioria das pessoas. Dessa forma, pergunta-se: **Você acha que a manifestação da crise em saúde mental está associada, necessariamente, à violência e agressividade?**

Para responder este último questionamento é importante relembrar das representações sociais da loucura na sociedade em geral e sua construção histórica. Assim, destacam-se algumas expressões bastantes presentes no cotidiano e senso comum, tais como: **“louco é aquele que rasga dinheiro”, “louco é aquele que come fezes”, “louco é aquela pessoa agressiva, agitada e inútil”**.



Com base nesta perspectiva, Barros (1994) aponta que a imagem da pessoa em sofrimento psíquico vem associada a comportamentos agressivos e violentos, com uma forte tendência de evitar contato com ele. Contudo, surgem assim estereótipos de periculosidade e de incompreensibilidade da pessoa com transtorno mental o que impedem que a situação de sofrimento seja superada.

O autor supracitado esclarece que no decorrer dos séculos, os loucos intitulados de insensatos foram impedidos de participar da vida social e de exercer sua cidadania, por vincular-se a periculosidade e a improdutividade. Infelizmente, atualmente vê-se que esses pressupostos estão relacionados à pessoa em sofrimento psíquico, impedindo a sua inclusão social e a efetivação da Reforma Psiquiátrica no cotidiano dessas pessoas.

É importante esclarecer que na vivência com o transtorno mental, ou na existência do sofrimento, não temos que olhar/avaliar apenas o quadro clínico/médico, mas a história da pessoa, seu contexto de vida, suas fontes de apoio e outras comorbidades clínicas

Com esse olhar a respeito da crise como uma vivência da existência do sofrimento questiona-se:

Que condições/circunstâncias de vida antecederam a crise? (considerar aspectos do contexto de vida da pessoa que podem estar associados a uma vivência de sofrimento, por exemplo: situações de vulnerabilidade relacionadas a gênero, ciclo de vida, pobreza, cor da pele, questões étnicas, desigualdade socioeconômica, etc).

Que eventos/situações puderam contribuir para desencadeá-la (eventos desfavoráveis, estressores cotidianos, conflitos com outras pessoas, demais fatores desencadeantes)?

Em cada época histórica, o fenômeno da loucura é apresentado de um modo característico, marcado pelo horizonte racional, cultural, social, político predominante no momento. Mas de fato, fica evidenciado que a sociedade tem uma dívida com os indivíduos em sofrimento psíquico, devendo construir uma imagem e executar ações que visem resgatar os direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas.

Para a construção dessa nova imagem dos indivíduos em sofrimento psíquico de modo a compreender melhor o fenômeno da situação de crise faz-se necessário resgatar alguns conceitos presentes na legislação brasileira e nas evidências científicas.

Após o decreto nº 7.508 de 2011 que institui as Redes de Atenção à Saúde (RAS) no Sistema Único de Saúde optou-se por não mais fazer diferença entre o termo Urgências e Emergências, passando utilizar apenas o termo **URGÊNCIAS**, para todos os casos que necessitem de cuidados agudos, tratando de definir o “**GRAU DE URGÊNCIA**” e classificá-las em NÍVEIS. Todavia, para efeitos didáticos elencou-se destacar os conceitos de emergência psiquiátrica; urgência psiquiátrica e situações eletivas (BRASIL, 2011).

Define-se **EMERGENCIA PSQUIÁTRICA** os sentimentos ou ações que envolvem risco de vida ou risco social grave, necessitando de **INTERVENÇÕES IMEDIATAS E INADIÁVEIS** (horas-minutos). Por exemplo: violência, suicídio, automutilação, autonegligência, juízo crítico muito comprometido.

Compreende-se **URGÊNCIA PSQUIÁTRICA** os sentimentos ou ações que implicam risco menores de vida ou social, necessitando de **INTERVENÇÕES A CURTO PRAZO** (dias-semanas). Por exemplo: comportamento bizarro, quadros agudos de ansiedade, síndromes conversivas (perda parcial da memória, identidade, sensações e controle dos movimentos corporais).

Por fim apreende-se que nas **SITUAÇÕES ELETIVAS** (atendimentos agendados) a rapidez da intervenção não é critério essencialmente importante. Por exemplo: ansiedade leve, distúrbios de relacionamento interpessoal, informações sobre medicação, fornecimento de receitas.

Após esses esclarecimentos iniciais, vale ressaltar que a mente apesar de ser uma integridade indivisível, seu funcionamento é compreendido em diversas funções psíquicas. Desta forma, é fundamental nesse momento de crise fazer uma boa avaliação do estado mental, através das seguintes funções: Consciência, Atenção, Sensopercepção, Orientação, Memória, Inteligência, Afetividade, Pensamento, Conduta e Linguagem.

Na realidade piauiense uma das principais causas de admissão de usuários no serviço de urgência/emergência do Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu é **agitação psicomotora**, compreendida como um estado de excitação mental e atividade motora aumentada presente em vários quadros psiquiátricos e que às vezes podem evoluir para comportamento violento (JACINTO; STELLA; LAURITO-JÚNIOR, 2006).

Ao fazer um paralelo com a realidade local, com a presença de vários dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial **como podemos identificar uma situação de crise em saúde mental?**

Dell'Acqua e Mezzina (1991) compreendem que a condição de crise corresponde uma complexa situação existencial, e, portanto, complexos são os instrumentos e recursos para abordá-la. Nesse sentido, expressões como alvoroço, confusão, agitação, medo, choro, tristeza, apatia, insegurança, alterações da percepção da realidade, entre outras, indicam que algo não vai bem. No entanto, partindo-se do referencial da Atenção Psicossocial, a situação de crise e sofrimento está para além da pessoa, e envolve seu conjunto de relações.

Logo, entende-se a crise, não apenas como um estado de agudização de sintomatologia psiquiátrica, mas como um momento atravessado por situações de conflito e/ou rupturas dos vínculos sociais, os quais envolvem intenso sofrimento psíquico para a pessoa e/ou seu entorno. Geralmente tais conflitos e rupturas estão atrelados às dificuldades de comunicação, expressão e entendimento entre os envolvidos, que impedem o estabelecimento de consensos, gerando desorganizações na vida cotidiana. Pontua-se que aspectos orgânicos/biológicos podem estar na gênese da precipitação da crise. (BRASIL, 2016).

Caso você caro leitor, encontre uma pessoa no seu território em situação de crise em saúde mental o que avalia ser necessário fazer?

Provavelmente pensou em chamar o **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)**, instituído pela portaria nº1864/2003 e aponta que este dispositivo deve realizar atendimentos psiquiátricos e acompanhar os sujeitos e crise até a rede de atendimento de urgência (BRASIL, 2003).



Mas, para agir, temos que pensar em várias questões:

A forma como a pessoa se apresenta representa risco para terceiros? Por exemplo, ela está armada?

Se afirmativo, nesses casos, cabe acionar ambos: bombeiros/polícia e equipe de saúde, de modo aos profissionais da saúde, na medida em que não houver mais riscos, entrarem em cena e realizarem o manejo da situação ou, na impossibilidade deles assistirem diretamente a pessoa, que auxiliem os bombeiros e policiais para uma aproximação o menos danosa e traumática possível.

Se pessoa não oferece risco a quem pretende auxiliá-la é importante levar em conta que a **internação é o último e não o primeiro recurso**.

O primeiro recurso é o acolhimento, como forma de aproximação, construção de um vínculo com a pessoa. Nesse momento, é importante pensar em quem tem mais aproximação e condição de diálogo com a pessoa.



Acolher significa “**dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir**” (FERREIRA,1975, p.27).



Torna-se fundamental tranquilizar a pessoa, mostrar que compreende o que está acontecendo com ela e demonstrar que está ao lado dela para auxiliar. Para isso, ter uma atitude compreensiva, empática denota a sua capacidade de se colocar no lugar do outro.

Considera-se uma atitude viável em acionar esse dispositivo, todavia, não se deve compreender o momento da crise como sendo um momento exclusivamente de operacionalização de protocolos, mas sendo este momento uma **experiência de vida e acolhimento**. Com esse olhar de natureza biomédica o atendimento ao indivíduo em situação de crise é visualizado apenas como urgência psiquiátrica normalmente associada à agressividade e que deve-se em um tempo curto a reestabilização mental por meio da contenção química e física.

Na realidade piauiense, a atenção à crise está bastante centralizada para a urgência do Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu, alimentando as internações neste serviço. De acordo com os pressupostos da reforma psiquiátrica, essa situação não deveria ocorrer, pois a demanda deveria ser encaminhada para o CAPS III, para as portas de urgência e emergência (SAMU, UPA, Pronto Socorro) e para os hospitais gerais, para serem realizados os primeiros atendimentos e posteriormente serem encaminhados para outros dispositivos da rede de atenção psicossocial.

Destaca-se que no Estado existe apenas 01 CAPS III localizado na capital Teresina e 16 leitos em saúde mental nos hospitais gerais, uma quantidade pequena para a demanda, entretanto, temos 43 CAPS I, 10 CAPS II, 06 CAPS AD, 02 CAPSi para acolher as situações de crise e compartilhar esse cuidado com outros atores da rede de saúde em todos os territórios de desenvolvimento do Estado.

Mas para gerar mudanças na realidade piauiense, é preciso mudar e compreender o significado da crise, formas de manejo baseadas no cuidado comunitário e na reabilitação biopsicossocial tanto de usuários, profissionais e familiares. Além de promover o fortalecimento dos dispositivos da rede, para que as reais necessidades dos usuários sejam atendidas no momento da crise.

Diante da sua resposta, pergunta-se: **É possível (re)pensar as práticas da atenção em crise? Para além da...**

A literatura expõe que uma possível resposta para esta pergunta emergiria, quando os profissionais de saúde da saúde mental olharem para suas próprias condutas e constatarem a rigidez presente nos procedimentos realizados na rede de saúde mental, que não apenas dificulta, mas determina a emergência das crises (FERNANDES, 2004).

Se temos como horizonte a construção e adoção de boas práticas na prestação da atenção em saúde mental, é importante questionarmos se, a despeito dos espaços e serviços terem mudado, as práticas manicomiais permanecem: se ainda ofertamos as mesmas respostas, as quais associam a crise com periculosidade, enfatizando a concepção do fenômeno como déficit, desrazão e incapacidade; se perpetuamos uma apreensão da crise como uma situação descontextualizada em relação ao momento de vida do sujeito, dando ênfase na tutela e no controle por meio de intervenções invasivas tais como contenção física, química e internações involuntárias (estratégias de “contenção da crise”)... A transformação do modelo de cuidado e, em última instância, da cultura é um processo gradual e um exercício cotidiano.

Um ponto importante a ser observado é apoiar a família e demais atores da comunidade para não compreensão reducionista da crise como momento de identificar sinais e sintomas, mas entende-la como um fenômeno subjetivo e relacional, com vistas a estimular e desenvolver estratégias de manejo que garantam a não violação de direitos.

Uma ferramenta interessante nesse sentido é o “Cartão de Crise” ou “Diretivas antecipadas de vontade”, onde a pessoa, em um momento mais tranquilo, constrói junto com a equipe de saúde que a acompanha (exemplo,

equipe do CAPS ou ESF) as estratégias que ela (a pessoa) avalia serem as melhores e mais adequadas de serem adotadas em situações onde ela se encontra em crise, de modo a receber o cuidado conforme seu desejo e vontade (quem são as pessoas com quem ela se sente mais confortável de conversar, quais medicações são mais interessantes e quais provocam um efeito ruim, que condutas nesses momentos a tranquilizam, etc)

Portanto, apreende-se que a atenção urgente à pessoa em crise deve-se valorizar a subjetividade, o saber e o sentir da pessoa, de maneira que possamos compreender o que está acontecendo com ela nesse contexto em busca de novas possibilidades (ALMEIDA; NASCIMENTO; RODRIGUES; SCHWEITZER, 2014).

Desta forma, o modo psicossocial no momento da intervenção da pessoa em crise busca contribuir com a emancipação, através da troca e a reprodução que a pessoa tem como potencial (SANTOS, 2009).

Para ilustrar o que foi escrito até o momento, convidamos você leitor a conhecer um pouco da história da Ana, uma cena presente no cotidiano do território:

Ana é usuária de um CAPS III, que, segundo sua família, ela tem episódios de agressividade intensa. Em uma certa manhã, Ana resolve arrumar o quarto de maneira peculiar: coloca todos os objetos e móveis ao redor da cama, fechando-a de todos os lados e se esconde embaixo dela. A família pede pra Ana sair de lá e ela se recusa, então entendem isso como uma crise.

Eles tentam tirá-la e ela os agride dizendo que não vai sair. A família chama o serviço de urgência móvel para resolver a questão.

Quando este chega, Ana já está na varanda de casa, encolhida sobre uma cadeira, muito séria, com a mão na boca e olhando para baixo. Quando a equipe, da qual eu fazia parte, sai da ambulância, o único movimento de Ana é levantar o olhar. A irmã e o pai dizem que ela é muito agressiva e que precisamos levá-la. O técnico de enfermagem diz que se ela não quiser vir, podemos acionar o corpo de bombeiros que realizará a contenção.

Em vez disso, eu me aproximei dela e abaixei na sua frente, olhando nos seus olhos. Perguntei o que ela tinha, ela não respondeu e evitava me olhar. A família continua falando e falando, dizendo o quanto ela é perigosa. Eu peguei na sua mão e perguntei como ela estava, se queria vir conosco. Todas

as perguntas foram ignoradas. Se tentássemos tirá-la da cadeira, certamente ela reagiria. Ao invés disso, eu disse que não iríamos fazer nada que ela não quisesse. Foi a primeira vez que ela me olhou nos olhos e sorriu. Depois disso, ela respondia, mesmo que só com o balançar da cabeça, às perguntas. Constatamos que não precisava de remoção e orientamos a família sobre encaminhamentos cabíveis nesse caso.

*Mesmo que por instantes, um vínculo foi formado. Podemos interagir de fato com Ana, entender que aquele problema não era dela, mas da sua família, que não estava conseguindo lidar com as diferenças que ela apresentava. É necessário levarmos em conta a pessoa em questão e, antes de tudo, encontrarmos (ou inventarmos) meios de nos comunicar, não importando se é com o olhar, com o toque, com gestos ou com movimentos. Se dermos um solo seguro para que elas pisem, nos darão de volta a cooperação que precisamos para trabalhar em conjunto. Entre **conter** alguém e **lhe oferecer continência**, a segunda opção é sempre a mais eficaz.*

Com esta ilustração, entende-se que o **acolhimento**, a construção do vínculo, a compreensão, a comunicação não verbal, foram essenciais para resolução da situação de crise em que Ana se encontrava. Com esses subsídios, associados a criatividade, a intuição, sentimentos, pensamentos que novas formas de abordagens vão sendo criadas e recriadas, no sentido de serem aprimoradas.

No atendimento à pessoa em crise, o desafio consiste em conciliar aproximação e negociação com aceitação e administrar os sentimentos e emoções envolvidos, intervenção esta, cuja habilidade requer no entrelaçamento entre as teorias de subjetividade e da complexa condição humana em uma ação criativa. É exatamente na produção de um espaço criativo de acolhimento e experimentação que se tem a possibilidade do dar-se conta do insuportável e do impossível. Para mais informações a respeito de como se aproximar de uma pessoa em condição de crise, indica-se o Protocolo BC28 “Manejo da crise em saúde mental” do SAMU 192 disponível em:

<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/959-sas-raiz/dahu-raiz/urgencia-e-emergencia/l2-urgencia-e-emergencia/20472-servico-de-atendimento-movel-de-urgencia-samu-193>.

Nesse link, também podem ser acessados demais Protocolos para abordagem à Agitação e situação de violência, Autoagressão e tentativa de suicídio, entre outros.

Portanto a crise deve ser entendida como um momento de negociação e acolhimento possibilitando assim uma vinculação com o indivíduo e é este quem diz a urgência, desta forma, cabe aos profissionais uma escuta acolhedora e assim as decisões serem tomadas com base na ética do suporte à vida e assim o vínculo possa ser construído (JARDIM, 2008).

Nos pilares da Reforma Psiquiátrica é importante compreender que na situação de crise deve ser levada em conta três dimensões: dimensão clínica baseado no diagnóstico clínico de sinais e sintomas; dimensão social baseado na rede de suporte, família, trabalho, renda e cultura; dimensão da singularidade que refere-se à subjetividade, os direitos e deveres do sujeito (CAMPOS, 2007).

Discutir sobre atenção à crise no Sistema Único de Saúde é bastante difícil, visto que trata-se de um tema carregado de estereótipos e preconceitos, a própria reforma psiquiátrica pouco aborda o referido tema, o que nos estimula ainda mais a trazer este tema para cursos, eventos, assembleias, universidades para a sociedade de maneira geral.

Portanto, essa discussão sobre a abordagem à crise está na interação usuário, família, profissionais e gestores, produzindo um modo de viver pautado no desejo de felicidade, respeito, individualidade e na autonomia dos sujeitos envolvidos.

Assim, finalizamos este texto de maneira que possamos re(pensar) com outros olhares levando em consideração este momento singular de encontro intersubjetivo de cada um de nós que compõe a rede e de você caro leitor, possibilitando a visibilidade de uma forma de compreender sobre a crise em saúde mental e suas abordagens integrando tecnologias tradicionais e leves num contexto plural e singular no que diz respeito a intervenção. Em nenhum momento, podemos excluir o papel das medicações psicotrópicas, a avaliação psiquiátrica, mas ressaltar novas abordagens que podem ser associadas durante o período de intervenção.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A.B; NASCIMENTO, E.R.P; RODRIGUES, J; SCHWEITZER. Intervenção nas situações de crise psíquica: dificuldades e sugestões de uma equipe de atenção pré-hospitalar. **Rev Bras Enferm**, vol.67, n.5, p.708-14, 2014.

BARROS, D. **Cidadania versus periculosidade social**: a desinstitucionalização como desconstrução do saber. In P. Amarante (ed), *Psiquiatria social e a Reforma Psiquiátrica* (pp. 171-196). Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

BRASIL. **Portaria nº 1864 de 29 de setembro de 2003**. Institui o componente pré-hospitalar móvel da política Nacional de Atenção às Urgências por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. **Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2011.

BRASIL. **Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012**. Ficam alterados, na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde os seguintes atributos dos procedimentos a seguir especificados, a partir da competência Outubro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Portaria nº 276, de 30 de março de 2012. Institui o sistema de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS). Diário Oficial da União, Brasília: Ministério da Saúde, 2012

BRASIL. **Principais marcos normativos da gestão interfederativa do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2ª edição, 2016.

CAMPOS, P.J. **O manejo das crises e a rede: o lugar do CAPS III.** In: Conselho Federal de Psicologia. Seminário para avançar a Reforma Psiquiátrica: construindo uma agenda positiva. Brasília: Conselho Federal de Psicologia; 2007.

DELLACQUA G, MEZZINA R. **Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial.** In: Delgado J, organizador. A loucura na sala de jantar. Santos: Edição do Autor; 1991.

FERNANDES, S.R.J. **Caracterização da atenção pré-hospitalar móvel da Secretaria de Saúde do município de Ribeirão Preto.** Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

FERREIRA, A.B.H. **Novo Dicionário Aurélio.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.p 27.

FLAHERTY, J.A; CHANON, R.A; DAVIS, J.M. **Psiquiatria, diagnóstico e tratamento.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

FLEURY, S. **Democracia e inovação na gestão local da saúde.** Rio de Janeiro: CEBES/FIOCRUZ, 2014,

JARDIM, K.F.S.B. **O serviço ambulatorial móvel de urgência (SAMU) no contexto da reforma psiquiátrica:** em análise a experiência de Aracaju. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Aracaju, 2008.

SANTOS, J.L.G. **Política de Saúde Pública para usuários de álcool e outras drogas no Brasil:** a prática no CAPS AD em Feira de Santana. Dissertação de mestrado. Universidade Católica do Salvador, Salvador. 2009.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível.** Rio de Janeiro: IFB/TeCorá, 1999
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. Nota Técnica - Registro das Ações e Processos de Trabalho dos CAPS, 2013.

REFERÊNCIA CONSULTADA

Acessar link videoconferência sobre a Portaria 854/2012 - <https://www.youtube.com/watch?v=jceqD0IWSN8>

SAÚDE
Secretaria de Estado
da Saúde / SESAPI



Piauí
GOVERNO DO ESTADO

**UM ESTADO QUE CRESCE
JUNTO COM SUA GENTE**



EXISTIMOS PARA OUVIR VOCÊ

/governodopiaui



piaui.pi.gov.br



@governodopi



/governodopiaui



/governodopiaui

