

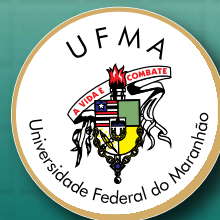
MÓDULO 12 • UNIDADE 1

SAÚDE MENTAL E A SAÚDE DA FAMÍLIA

A SAÚDE MENTAL NOS DIAS DE HOJE



UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS



MÓDULO 12 • UNIDADE 1

SAÚDE MENTAL E A SAÚDE DA FAMÍLIA

A SAÚDE MENTAL NOS DIAS DE HOJE

São Luís
2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Reitor – Natalino Salgado Filho

Vice-Reitor – Antonio José Silva Oliveira

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – Fernando de Carvalho Silva

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - UFMA

Diretora – Nair Portela Silva Coutinho

COMITÊ GESTOR – UNA-SUS/UFMA

COORDENAÇÃO GERAL

Ana Emília Figueiredo de Oliveira

COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA

Deborah de Castro e Lima Baesse

COORDENAÇÃO DE TECNOLOGIAS E HIPERMÍDIAS

Rômulo Martins França

Copyright © UFMA/UNA-SUS, 2014

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS. É PERMITIDA A REPRODUÇÃO PARCIAL OU TOTAL DESTA OBRA, DESDE QUE CITADA A FONTE E QUE NÃO SEJA PARA VENDA OU PARA QUALQUER FIM COMERCIAL. A RESPONSABILIDADE PELOS DIREITOS AUTORAIS DOS TEXTOS E IMAGENS DESTA OBRA É DA UNA-SUS/UFMA

Esta obra recebeu apoio financeiro do Ministério da Saúde
Universidade Federal do Maranhão - UFMA
Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS
Rua Viana Vaz, nº 41, Centro, São Luís – MA. CEP: 65052-660
Site: www.unasus.ufma.br

NORMALIZAÇÃO

Bibliotecária Eudes Garcez de Souza Silva
(CRB 13ª Região nº de Registro – 453)

REVISÃO ORTOGRÁFICA

Fábio Allex Matos Santos

REVISÃO TÉCNICA

Claudio Vanucci Silva de Freitas

Fabício Silva Pessoa

Judith Rafaelle Oliveira Pinho

REVISÃO DIDÁTICO-PEDAGÓGICA

Deborah de Castro e Lima Baesse

Paola Trindade Garcia

DIAGRAMAÇÃO E ARTE FINAL

João Gabriel Bezerra de Paiva

ILUSTRAÇÕES

Camila Santos de Castro e Lima

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA

**Saúde mental e a Saúde da Família: a Saúde Mental nos dias de hoje/
Mae Soares (Org.). - São Luís, 2014**

37f.: il.

1. Saúde mental. 2. Assistência à saúde. 3. Atenção básica. 4. UNA-SUS/UFMA. I. Freitas, Cláudio Vanucci Silva de. II. Pessoa, Fabício Silva. III. Pinho, Judith Rafaelle Oliveira. IV. Título.

CDU 613.86

APRESENTAÇÃO

O objetivo desta unidade é discutir as características dos transtornos mentais, abordando dados epidemiológicos e fundamentação legal.

A integração entre bem-estar físico, mental e social define um conceito de saúde mais abrangente. O cuidado que se relaciona com a saúde mental envolve o subjetivo, por isso talvez seja tão difícil de se trabalhar e gere tantas dúvidas entre os profissionais da saúde.

A primeira premissa do profissional que atua nessa área é compreender qual é a representatividade de saúde/doença mental para cada sujeito, famílias e comunidade, e como cada um desses atores percebe e convive com suas doenças.

SUMÁRIO

1	DEFININDO CONCEITOS EM SAÚDE MENTAL	7
1.1	Retardo mental X Transtorno mental	8
1.2	Transtornos orgânicos X Psicoses/neuroses	9
1.3	Principais características clínicas das neuroses.....	9
1.4	Principais características clínicas das psicoses	10
2	SAÚDE MENTAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA	11
3	A LEGISLAÇÃO EM SAÚDE MENTAL	14
4	A ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL	19
4.1	Inclusão da Saúde Mental na Atenção Básica	19
4.2	A Atenção em Saúde Mental nas equipes de Saúde da Família...20	
4.3	A Rede de Atenção em Saúde Mental	22
4.4	O matriciamento em Saúde Mental às equipes da Atenção Básica	26
5	INDICADORES DE SAÚDE MENTAL NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA	29
	REFERÊNCIAS	34

UNIDADE 1

1 DEFININDO CONCEITOS EM SAÚDE MENTAL

A definição de Saúde Mental é tarefa difícil de ser feita, especialmente se levarmos em consideração as diferenças culturais, a influência dos julgamentos subjetivos e as diversas teorias nesse campo de estudo. Assim, de início podemos afirmar que o conceito de Saúde Mental está para além da ausência de transtornos mentais e depende de uma multiplicidade de fatores, que consideram aspectos biológicos, psicológicos e sociais.

Almeida Filho, Coelho e Peres (1999) sugerem um conceito ampliado de Saúde Mental, considerando-a como expressão de "saúde social". Nesta perspectiva, a Saúde Mental pode ser assumida em duas vertentes: por um lado, como situação de "salubridade psicossocial" e, por outro lado, como superação dos limites da normalidade.

Considerando a pluralidade de fatores que devem ser levados em conta ao se falar em Saúde Mental, temos então um campo que exige uma atuação transdisciplinar e intersetorial, que ultrapassa o âmbito dos programas de assistência.

Isto implica que os profissionais da área desenvolvam práticas que atravessem diferentes setores e segmentos da sociedade, valorizando a importância da inclusão e participação social; do lazer; da qualidade das redes sociais; do acesso igualitário aos serviços de saúde; da possibilidade de trabalhar e estar satisfeito no trabalho; enfim, reconhecer a importância da emancipação dos sujeitos e de políticas públicas que viabilizem esse processo. Vale destacar alguns conceitos usualmente utilizados no campo da Saúde Mental:



1.1 Retardo mental X Transtorno mental

Quadro 1 - Retardo mental X Transtorno mental.

Retardo mental	Transtorno mental
<p>A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10 (OMS, 1997) - apresenta o retardo mental como parada do desenvolvimento ou desenvolvimento incompleto do funcionamento intelectual, caracterizados essencialmente por um comprometimento, durante o período de desenvolvimento, das faculdades que determinam o nível global de inteligência, isto é, das funções cognitivas, de linguagem, da motricidade e do comportamento social.</p>	<p>Segundo a Organização Mundial de Saúde (2001), os transtornos mentais e comportamentais são condições clinicamente significativas caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor (emoções) ou por comportamentos associados com angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento. A OMS defende, ainda, que a incidência de comportamentos anormais só pode ser considerada como transtorno quando as anormalidades forem sustentadas ou recorrentes e resultem em certa deterioração ou perturbação do funcionamento pessoal em uma ou mais esferas da vida.</p> <p>Não se trata da insuficiência de uma capacidade mental, mas da alteração ou perda de capacidades, que pode ter diferentes graus de gravidade.</p>

1.2 Transtornos orgânicos X Psicoses/neuroses

Quadro 2 - Transtornos orgânicos X Psicoses/neuroses.

Característica	Transtorno orgânico	Psicose/neurose
Fundamento orgânico	Conhecido	Não identificável
Esfera cognitiva	Comprometimento primário	Sem comprometimento primário. Pode ter comprometimento secundário a outras alterações psíquicas
Lesão orgânica, alteração metabólica ou tóxica	Sim	Não
Quadros neuropsiquiátricos devido a causas médicas gerais ou relacionadas à intoxicação/abstinência por droga psicoativa.	Sim	Não

Fonte: Adaptado de: DUNCAN, Bruce B. et al. **Condutas de atenção primária baseada em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

1.3 Principais características clínicas das neuroses

São psicologicamente compreensíveis (JASPERS, 2000). Apresentam em grau e frequência exacerbados vivências experimentadas pelo psiquismo dito normal (ansiedade, tristeza, medo, ideias obsessivas etc). Não há prejuízo primário de inteligência e de memória e/ou nível de consciência. Formas principais: neuroses de ansiedade (transtornos fóbico-ansiosos, na CID-10), neurose histérica (transtornos somatomorfos e dissociativos, na CID-10), neurose obsessiva (transtornos obsessivo-compulsivos, na CID-10) e episódios depressivos em neuróticos (episódios depressivos leves e moderados, e outros, na CID-10) (OMS, 1998).

1.4 Principais características clínicas das psicoses

São psicologicamente incompreensíveis (JASPERS, 2000). Apresentam vivências bizarras, de forma anômala, como delírios, alucinações, alterações da consciência do eu. Não há prejuízo primário de inteligência e de memória e/ou nível de consciência. Formas principais: esquizofrenia, paranoia (transtorno delirante persistente, na CID -10) e transtornos graves do humor (a antiga psicose maníaco-depressiva, hoje fragmentada, na CID-10, em episódio maníaco, episódio depressivo grave e transtorno bipolar).



REFLITA COMIGO!

Você é capaz de distinguir clinicamente esses conceitos? O que fazer quando se deparar com situações de transtorno ou retardo mental entre usuários da UBS?

Como definir clinicamente quando um paciente possui um transtorno orgânico, uma neurose ou uma psicose?

O importante nessas situações é identificar que há alguma alteração com o usuário, até porque o diagnóstico diferencial pode ser melhor trabalhado em outros âmbitos assistenciais, e saber dar os encaminhamentos necessários para o cuidado integral em Saúde Mental.



2 SAÚDE MENTAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

A história da assistência psiquiátrica no Brasil tem seu marco institucional com a inauguração do Hospital Psiquiátrico Pedro II, no ano de 1852, na cidade do Rio de Janeiro (BARROS; EGRY, 1994). Nesse contexto, o modelo de atenção seguia o então praticado na Europa, na lógica da institucionalização e exclusão social (MINAS GERAIS, 2006).

Com o passar dos anos, os hospícios foram ganhando má fama devido às condições precárias em que se apresentavam. O número de institucionalizados era superior ao que os hospitais podiam receber, tornando-se escassos a alimentação e o vestuário para os doentes, além do fato de que a atenção dispensada não era nada humanizada.

IMPORTANTE!

Assista ao documentário de Helvécio Ratton, “Em Nome da Razão”, filmado em Barbacena - MG, em outubro de 1979, no hospital psiquiátrico da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). O filme denuncia a situação precária e os tratamentos inadequados a que eram submetidos os internos de hospitais psiquiátricos. Aborda o preconceito da sociedade para com essas pessoas ditas anormais em entrevista com internos, familiares e funcionários do hospital. Disponível em: <http://goo.gl/ID8G6g>.

Esse cenário possibilitou o investimento da iniciativa privada no campo da Saúde Mental, especialmente no período em que o país passava pela ditadura militar. A industrialização da loucura era reforçada pelos convênios entre clínicas psiquiátricas privadas e o poder público, resultando em altos gastos públicos com internações sem protocolo definido.

1970

Essa situação provocou incômodo em diversos segmentos da sociedade e marcou a crise do modelo de atenção centrado na hospitalização. Assim, nos anos 1970, movimentos pelos direitos dos pacientes psiquiátricos clamavam por uma Reforma Psiquiátrica. No ano de 1978, surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) (BRASIL, 2005). Esse movimento foi

inspirado na experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria, do psiquiatra Franco Basaglia, que fundou o movimento antipsiquiátrico denominado de Psiquiatria Democrática (PINTO; FERREIRA, 2010).

O MTSM era formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas que passaram a denunciar a violência dos manicômios, a comercialização da loucura, a supremacia de uma rede privada de assistência, e a criticar o modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

1980

Em 1987 surge o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (Caps) no Brasil, na cidade de São Paulo, mesmo ano em que ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental. Dois anos depois, em 1989, a Secretaria Municipal de Saúde de Santos - SP começou a intervir em um hospital psiquiátrico da cidade, local de grande ocorrência de maus-tratos e mortes. Ainda nesse período, são implantados, também em Santos, Núcleos de Atenção Psicossocial (Naps) com funcionamento integral, cooperativas e residências para egressos de hospitalização, apontando para a possibilidade de construção de uma rede de cuidados substitutiva ao hospital psiquiátrico. Assim, a experiência de Santos passou a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira (BRASIL, 2005).

Nesse mesmo ano, um Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado é submetido ao Congresso Nacional propondo a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva de manicômios no país. Da entrada no Congresso até a sua aprovação, foram 12 anos.

Contemporânea da Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica compartilha os mesmos princípios com o sanitarismo, como a equidade na oferta dos serviços, a participação social, a defesa da saúde coletiva e, principalmente, a mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, marcando uma luta que também se insere nos campos legislativo e normativo.

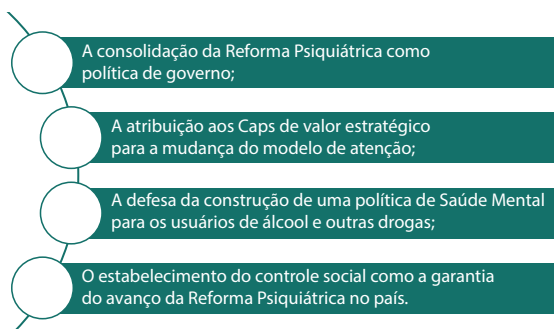
Depois da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com a constituição de 1988, as esferas federal, estadual e municipal passam a atuar descentralizadas e articuladas na gestão dos serviços e o dispositivo dos Conselhos Municipais de Saúde passa a exercer grande poder de controle social (BRASIL, 2005).

1990

A partir da década de 1990, por iniciativa de movimentos sociais, foram aprovadas, em diversos estados brasileiros, leis que determinavam a substituição de leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à Saúde Mental. Nesse contexto, foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental. Assim, nesse período, foram implementadas normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária. No entanto, o crescimento e distribuição desses serviços no país, representados pelos Caps e Naps, deu-se de forma descontínua e desigual (BRASIL, 2005).

2000

Em 2001, quando finalmente a Lei Paulo Delgado foi sancionada, é que o país passou a ter uma Política de Saúde Mental. A Lei Federal 10.216 redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental, priorizando a oferta de tratamentos em serviços de base comunitária e dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2001). No fim do ano 2001, foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, com ampla participação dos movimentos sociais, de usuários e de seus familiares. Nessa conferência foram pactuados democraticamente os princípios, diretrizes e estratégias para a mudança da atenção em Saúde Mental no Brasil. Foram conquistas da III Conferência Nacional de Saúde Mental:



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde mental**. Brasília: Conselho Nacional da Saúde, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://goo.gl/xT9Kcv>>.

SAIBA MAIS!

Leia o Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental.
Disponível em: <<http://goo.gl/eUn92U>>.

Compreendida como um “conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios” (BRASIL, 2005, p. 6).

3 A LEGISLAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Entre as décadas de 1980 e 1990, ocorreram diversas iniciativas e documentos em defesa dos direitos dos pacientes psiquiátricos. Destacaremos aqui algumas delas:

1987

I Conferência Nacional de Saúde Mental.

1988

Criado o Sistema Único de Saúde (SUS), com a Constituição Federativa, formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social, exercido por meio dos “Conselhos Comunitários de Saúde”.

1989

Entrada no Congresso Nacional do Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país; Declaração de Luxor sobre os Direitos Humanos dos Doentes Mentais, da Federação Mundial para Saúde Mental.

1990

O Brasil assina a Declaração de Caracas - documento final da Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde, convocada pela Organização Pan-americana da Saúde (Opas).

1991

A Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas adota os Princípios para a Proteção dos Enfermos Mentais e para a Melhoria da Atenção à Saúde Mental.

1994 II Conferência Nacional de Saúde Mental.

2001 Promulgação da Lei Federal 10.216, que redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental, priorizando a oferta de tratamentos em serviços de base comunitária e dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas com transtornos mentais; III Conferência Nacional de Saúde Mental.

Ilustraremos com um quadro as leis, decretos e portarias referentes à Saúde Mental no Brasil:



Quadro 3 – Leis, decretos e portarias referentes à Saúde Mental no Brasil.

LEIS

LEI Nº 9.867, de 10 DE NOVEMBRO DE 1999

Dispõe sobre a criação e o funcionamento de cooperativas sociais, visando à integração social dos cidadãos, conforme específica.

LEI Nº 10.216, DE 6 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.

LEI Nº 10.708, DE 31 DE JULHO DE 2003

Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.

DECRETOS

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.

PORTARIAS

PORTARIA MS/SAS Nº 189, DE 20 DE MARÇO DE 2002

Inclui na tabela de procedimentos do SIH-SUS o grupo de procedimento descrito em anexo e seu procedimento.

PORTARIA GM/MS Nº 854, DE 6 DE NOVEMBRO DE 2002

Habilita, com pendências a serem regularizadas pelo gestor estadual/municipal no prazo de seis meses a contar da publicação desta portaria, os centros de atenção psicossocial álcool e drogas para realizar os procedimentos previstos na portaria nº 189, de 20 de março de 2002.

PORTARIA GM/MS Nº 855, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2002

Habilita, com pendências a serem regularizadas pelo gestor estadual/municipal, no prazo de seis meses, a contar da publicação desta portaria, os serviços constantes do anexo para realizarem os procedimentos previstos na portaria nº 189, de 20 de março de 2002.

PORTARIA GM/MS Nº 52, DE 20 DE JANEIRO DE 2004

Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS - 2004.

PORTARIA MS/GM Nº 1.608, DE 3 DE AGOSTO DE 2004

Constitui Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes.

PORTARIA GM/MS Nº 245, DE 17 DE FEVEREIRO DE 2005

Destina incentivo financeiro para implantação de Centros de Atenção Psicossocial e dá outras providências.

PORTARIA MS/SAS Nº 336, DE 27 DE JUNHO DE 2005

Habilita, com pendências a serem regularizadas pelo gestor estadual/municipal no prazo de seis meses, a partir da publicação desta portaria, os centros de atenção psicossocial álcool e drogas para realizar os procedimentos previstos na portaria nº 189, de 20 de março de 2002.

PORTARIA MS/GM Nº 1.876, DE 14 DE AGOSTO DE 2006

Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

PORTARIA MS/GM Nº 1.190, DE 4 DE JUNHO DE 2009

Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas.

PORTARIA MS/GM 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).

PORTARIA MS/GM Nº 3.089, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011

Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps).

PORTARIA GM/MS Nº 3.090, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011

Altera a Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).

PORTARIA MS/GM Nº 3.099, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011

Estabelece, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, recursos a serem incorporados ao teto financeiro anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de média e alta complexidade dos estados, Distrito Federal e municípios referentes ao novo tipo de financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps).

PORTARIA MS/GM Nº 121, DE 25 DE JANEIRO DE 2012

Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial.

PORTARIA MS/GM Nº 123, DE 25 DE JANEIRO DE 2012

Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município.

PORTARIA MS/GM Nº 130, DE 26 DE JANEIRO DE 2012

Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 horas (Caps AD III) e os respectivos incentivos financeiros.

PORTARIA MS/GM Nº 131, DE 26 DE JANEIRO DE 2012

Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos estados, municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de serviços de atenção em regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.

PORTARIA MS/GM Nº 132, DE 26 DE JANEIRO DE 2012

Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente reabilitação psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS).

PORTARIA MS/GM 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 decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do componente hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.

PORTARIA GM/MS Nº 349, DE 29 DE FEVEREIRO DE 2012

Altera e acresce dispositivo à Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012, que define as normas de funcionamento e habilitação do serviço hospitalar de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, do componente hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.

PORTARIA GM/MS Nº 1.615, DE 26 DE JULHO DE 2012

Altera o item II do artigo 9º e os artigos 12 e 13 da Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012, que define as normas de funcionamento e habilitação do serviço hospitalar de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, do componente hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.

PORTARIA SAS/MS Nº 856, DE 22 DE AGOSTO DE 2012

Inclui, na tabela de tipos de estabelecimentos do SCNES, o tipo 78 - Unidade de Atenção em Regime Residencial.

SAIBA MAIS!

Leia a publicação ministerial "Legislação em Saúde Mental: 1990-2004". Disponível em: <<http://goo.gl/1yaAnB>>.

REFLITA COMIGO!

Mas por que, eu, profissional da área da saúde, tenho que conhecer as leis, decretos e portarias que envolvem a Saúde Mental?

Essas leis, decretos e portarias determinam muitas ações específicas que visam garantir o cuidado integral. Desconhecer essas ações pode resultar em negligência ao atendimento, informações desconstruídas entre profissionais e usuários, o que prejudicará consideravelmente a assistência à saúde.

4 A ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL

4.1 Inclusão da Saúde Mental na Atenção Básica

De acordo com a OMS (2001, p. 8), o manejo e tratamento de transtornos mentais no contexto da atenção primária é um passo fundamental que possibilita ao maior número possível de pessoas terem acesso mais fácil e mais rápido aos serviços. Falar de inclusão da Saúde Mental na Atenção Básica em Saúde (ABS) é, antes de tudo, reconhecer que esse campo perpassa por todos os níveis de complexidade.



Na verdade o sofrimento mental se dá em qualquer lugar, em qualquer serviço, por isso é necessário que os profissionais de saúde estejam preparados para lidar com o transtorno mental no seu cotidiano de trabalho.

IMPORTANTE!

Se a ABS é a porta de entrada da rede integrada de serviços de saúde, nada mais natural que o paciente de Saúde Mental entre por ela. E como em todas as áreas de atenção em saúde, a assistência neste nível de complexidade pode contribuir para a diminuição de exames e tratamentos indevidos ou não específicos, além de proporcionar uma melhor atenção ao paciente e sua família no acolhimento da demanda e direcionamento e acompanhamento do caso na rede de serviços.

Para tanto, a Saúde Mental deve fazer parte dos temas de atualização da educação permanente, além de ser incluída nos programas de formação. É importante também que as equipes da ABS recebam apoio matricial dos serviços de referência, uma vez que são responsáveis pelo acompanhamento das condições gerais de saúde da população.

4.2 A Atenção em Saúde Mental nas equipes de Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma ferramenta organizadora da ABS, em que atuam equipes multiprofissionais cujo trabalho é organizado a partir da realidade de um território bem definido e em torno das visitas domiciliares. Essa peculiaridade do trabalho das equipes de Saúde da Família marca uma relação profissional-usuário bem diferente da estabelecida em outros níveis de complexidade, uma vez que o contato é mais direto e alcança diferentes aspectos da vida das pessoas.

A atenção na comunidade tem efeito positivo sobre a estigmatização das pessoas em tratamento de transtorno mental, além de possibilitar a detecção e o desenvolvimento de ações de intervenção precoce, assim como o encaminhamento desses pacientes para tratamento.



O estudo sobre "A avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns em usuários do Programa de Saúde da Família", realizado por Bandeira, Freitas e Carvalho Filho (2007), indicou a necessidade de focalizar o atendimento das equipes de Saúde da Família para as questões de Saúde Mental da população, no que diz respeito à detecção de sintomas ao atendimento inicial, sob forma de informações, orientações e encaminhamento para outros serviços. Destacou ainda que as pessoas com transtorno mental também estão nos grupos programáticos das UBS e que intervenções educativas, de sensibiliza-

ção e incentivo à autonomia e à responsabilização do paciente com relação ao seu estado de saúde, podem contribuir para maior agilidade do serviço, diminuição do tempo de espera para atendimento, priorização e organização da demanda.



A possibilidade de trabalho nesse campo envolve: a escuta, o acompanhamento e suporte no enfrentamento do problema e o manejo criterioso e adequado da medicação.

E para isso, os profissionais precisam receber melhor preparação para atender aos pacientes com problemas de saúde mental e para orientar seus familiares e cuidadores, atuando de forma integrada aos demais programas de saúde.



Noções básicas de Saúde Mental devem ser incluídas nos cursos de graduação e nas capacitações frequentemente dispensadas pela educação permanente, garantindo que os profissionais entendam a sua função em cada peça do sistema de saúde. É preciso também que o serviço respeite o princípio da equidade no seu cotidiano, priorizando o atendimento aos casos mais graves e que precisam de acompanhamento mais próximo e assumindo o acompanhamento daqueles cujo grau de complexidade e de recursos necessários para o cuidado sejam menores.

É importante que as equipes da ESF saibam o seu importante papel no atendimento em Saúde Mental, mas também reconheçam os limites da sua atuação. Isso implica dizer que é fundamental conhecer a rede de atenção, assim como dialogar constantemente com a equipe de Saúde Mental que dê suporte para a sua UBS ou mesmo para a mais próxima.

IMPORTANTE!

O trabalho na ABS é, antes de tudo, intersetorial. O que implica no estabelecimento de parcerias que podem ajudar a apontar para estes sujeitos possibilidades para além dos muros das Unidades de Saúde, na lógica da inclusão social.

SAIBA MAIS!

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental e atenção básica:** o vínculo e o diálogo necessários. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://goo.gl/Ao59Oe>>.

GONÇALVES, D. M.; KAPCZINSKI, F. Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1641-1650, jul. 2008. Disponível em: <<http://goo.gl/ptWnBb>>.

PEREIRA, M. A. O. Saúde mental no programa de Saúde da Família: conceitos dos agentes comunitários sobre o transtorno mental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 567-572, 2007. Disponível em: <<http://goo.gl/phZl3R>>.

SOUZA, A. J. F. et al. A saúde mental no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 60, n. 4, p.391-395, jul./ago. 2007. Disponível em: <<http://goo.gl/Onrd5b>>.

4.3 A rede de atenção em Saúde Mental

De acordo com dados do Ministério da Saúde, disponíveis no site oficial <http://portalsaude.saude.gov.br/>, a rede de atenção à Saúde Mental pode ser constituída de diversos dispositivos assistenciais que permitam a atenção psicossocial aos pacientes com transtornos mentais, podendo contar com ações de Saúde Mental nos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência (Cecos), as enfermarias de saúde mental em hospitais gerais, dentre outros (BRASIL, 2013).

A organização da rede deve seguir critérios populacionais e as necessidades específicas de cada município devem funcionar de forma articulada,

tendo os Caps como serviços estratégicos na organização de sua porta de entrada e de sua regulação.

Figura 1 - Rede de atenção à Saúde Mental.



Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em: <http://goo.gl/NPwu48>.

Segue abaixo um quadro esquemático para facilitar a compreensão das ações desenvolvidas por cada um dos serviços presentes na rede de atenção à Saúde Mental:

Quadro 4 - Ações desenvolvidas na Rede de Atenção à Saúde Mental por tipo de serviço.

DISPOSITIVO	AÇÕES DESEMPENHADAS
Ações na Atenção Básica em Saúde	<p>As ações de Saúde Mental na ABS podem ser organizadas por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), cujas equipes devem contar com pelo menos um profissional de Saúde Mental, para realizar as ações de matriciamento que visam potencializar as ESF (BRASIL, 2013).</p>
Centro de Atenção Psicossocial	<p>Os Caps são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico.</p> <p>Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu "território", o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares.</p>
Serviço Residencial Terapêutico (SRT)	<p>O SRT ou residência terapêutica são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não.</p> <p>O número de usuários pode variar desde uma até no máximo oito pessoas, que deverão contar sempre com suporte profissional sensível às demandas e necessidades de cada um.</p> <p>O processo de reabilitação psicossocial deve buscar de modo especial a inserção do usuário na rede de serviços, organizações e relações sociais da comunidade (SILVA; AZEVEDO, 2011).</p>

<p>Leitos em hospitais gerais</p>	<p>O hospital geral é constituinte da rede de serviços substitutos criados pelas políticas públicas e este seria um método de garantir a desinstitucionalização, não modificando os vínculos dos usuários com seus familiares e comunidade.</p> <p>A internação em hospitais gerais se dá quando o tratamento ambulatorial não consegue conter o paciente.</p>
<p>Programa de Atenção ao Álcool e outras Drogas</p>	<p>A política de atenção a álcool e outras drogas prevê a constituição de uma rede que articule os Caps AD e os leitos para internação em hospitais gerais (para desintoxicação e outros tratamentos). Estes serviços devem trabalhar com a lógica da redução de danos, como eixo central ao atendimento aos usuários/dependentes de álcool e outras drogas.</p> <p>Os principais objetivos dos Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e outras Drogas são o atendimento de casos de urgência/emergência relacionados a álcool e outras drogas (Síndrome de Abstinência Alcoólica, overdose etc.) e a redução de internações de alcoolistas e dependentes de outras drogas em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2013).</p>

SAIBA MAIS!

O Ministério da Saúde disponibiliza o passo a passo de como organizar a rede de saúde mental de um município. Acesse: <http://goo.gl/WMgw4d>.

4.4 O matriciamento em Saúde Mental às equipes da Atenção Básica

O conceito de apoio matricial foi proposto pelo médico Gastão Wagner S. Campos significando uma reforma das organizações e do trabalho em saúde. O termo implica em uma metodologia de gestão do cuidado adotada, atualmente, em diferentes serviços de saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007). De acordo com Chiaverini (2011, p. 13), "matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica".



A lógica do apoio matricial vem de encontro à lógica tradicional dos sistemas de saúde comumente organizados de forma vertical.

Seu propósito é promover ações horizontais, ou seja, que integrem os diferentes atores presentes nos serviços de saúde e os seus saberes, nos diferentes níveis assistenciais. Segundo essa proposta, o sistema de saúde se reestrutura em dois tipos de equipes: equipe de referência, representada pelos profissionais encarregados da atenção aos problemas de saúde, e equipe de apoio matricial, representada pelos profissionais que irão fornecer retaguarda especializada.

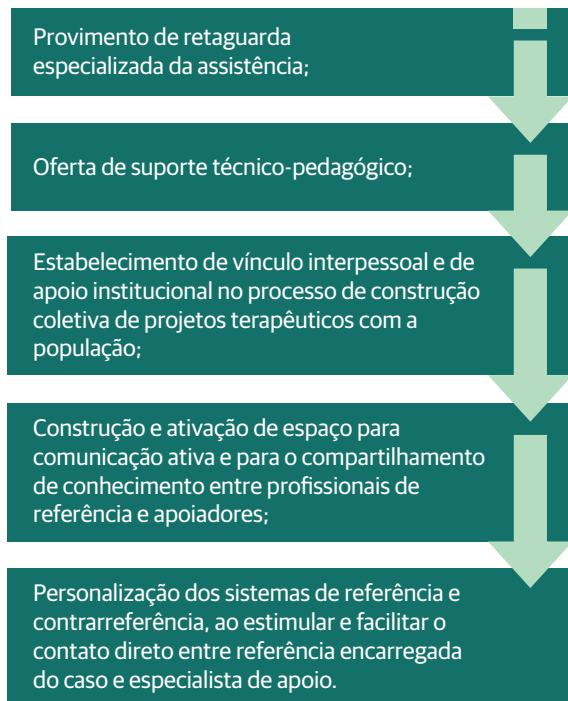
No apoio matricial de Saúde Mental, podem ser elaborados projetos terapêuticos entre a equipe de referência e a equipe de apoio matricial, voltados para um único indivíduo, uma família, uma rua ou mesmo toda uma área de abrangência. Chiaverini (2011) afirma que o projeto terapêutico é singular, pois leva em consideração todo o contexto social do caso em questão. Assim, ela propõe um roteiro de discussão de caso que deve ser considerado no momento da construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) em Saúde Mental:

Quadro 5 – Roteiro para discussão de casos em apoio matricial de saúde mental.

- Motivo de matriciamento
- Informação sobre a pessoa, a família e o ambiente
- Problema apresentado no atendimento
 - nas palavras da pessoa
 - visão familiar
 - opinião de outros
- História do problema atual
 - início
 - fator desencadeante
 - manifestação sintomática
 - evolução
 - intervenções biológicas ou psicossociais realizadas
 - compartilhamento do caso (referência e contrarreferência)
- Configuração familiar (genograma)
- Vida social
 - participação em grupos
 - participação em instituições
 - rede de apoio social
 - situação econômica
- Efeitos do caso na equipe interdisciplinar
- Formação diagnóstica multiaxial

Fonte: CHIAVERINI, D. H. et al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 236 p. Disponível em: <<http://goo.gl/u8weJ7>>.

No contexto da ABS, as equipes da ESF funcionam com equipes de referência e a equipe de Saúde Mental como a equipe de apoio matricial. Dentre as ações desempenhadas pela equipe de apoio matricial, destacam-se:



Campos e Domitti (2007) advertem que o apoio matricial e a equipe de referência são ao mesmo tempo metodologias de trabalho e arranjos organizacionais, que visam:



Facilitar a comunicação entre distintos especialistas e profissionais e diminuir a fragmentação do processo de trabalho decorrente da crescente especialização;

Promover a integração do processo de atenção e cuidado às pessoas.



IMPORTANTE!

É importante lembrar que a construção do PTS, apesar de promover a integração de diferentes saberes, exige que cada profissional tenha o seu papel bem definido na atenção à Saúde Mental. O matriciamento não retira da equipe de referência a responsabilidade pelo acompanhamento longitudinal do caso.

SAIBA MAIS!

CAMPOS, G. W. S; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde.

Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

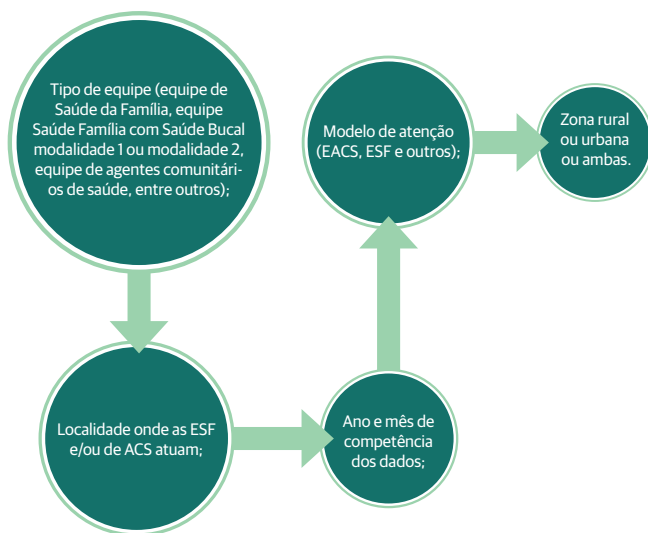
Disponível em: <<http://goo.gl/tnB8eF>>. Acesso em: 26 abr. 2013.

CHIAVERINI, D. H. (Org.) et al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 236 p. Disponível em: <<http://goo.gl/C49a6F>>. Acesso em: 26 abr. 2013.

5 INDICADORES DE SAÚDE MENTAL NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

O Sistema de Informação da Saúde da Atenção Básica (Sisab) reúne dados gerados do trabalho das equipes de Saúde da Família, que a partir de visitas domiciliares sistematizadas fazem o acompanhamento mensal da situação de saúde das famílias. Os procedimentos realizados pelas equipes de Saúde da Família na UBS ou no domicílio são consolidados mensalmente pelas coordenações municipais de Atenção Básica, que os enviam para as regionais de saúde.

A consolidação final é feita pelas secretarias estaduais, que enviam mensalmente para o Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (Datapus), quando então é consolidada a base nacional. Por meio da internet, o Datapus disponibiliza as principais informações para tabulação sobre as Bases de Dados do Sisab, de acordo com a base de dados recebida, sem críticas. É possível selecionar os dados por:



ACESSE!

As informações do Datasus estão disponíveis em: <http://goo.gl/ceJGww>.

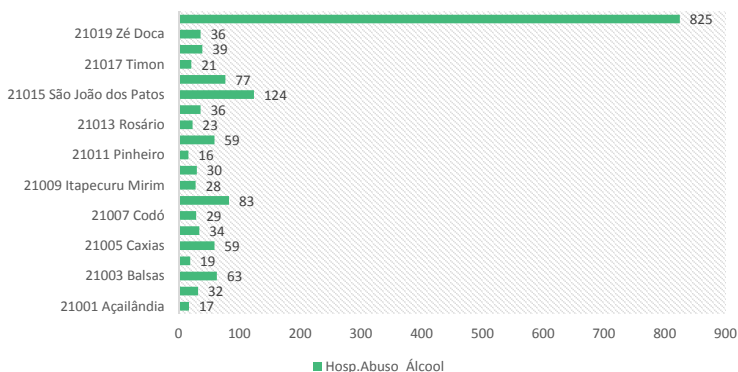


Segue abaixo o número de indivíduos hospitalizados, em 2012, por abuso de álcool e hospitalizações psiquiátricas, nas regionais de saúde do estado do Maranhão, independentemente de sexo e faixa etária.

Hospitalização por abuso de álcool

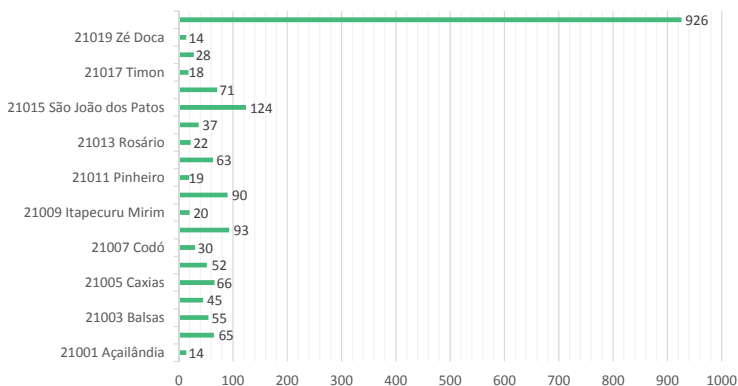
Nos anos de 2012 e 2013, no Brasil, o número de hospitalizações por abuso de álcool aumentou de 30.052 para 42.063 casos, o que representa 7,7% de aumento. Isso pode representar não somente um aumento na população que abusa do consumo de álcool, mas ser um reflexo da organização dos serviços extra-hospitalares no atendimento aos usuários de álcool e outras drogas. No estado do Maranhão houve um aumento de 12% nessas internações. Os gráficos 1 e 2 mostram os dados apresentados a partir de indicadores do Datasus:

Gráfico 1 - Hospitalizações por abuso de álcool no ano de 2012, por regional de saúde, independentemente de sexo e faixa etária, no estado do Maranhão.



Fonte: DATASUS, 2013.

Gráfico 2 - Hospitalizações por abuso de álcool no ano de 2013, por regional de saúde, independentemente de sexo e faixa etária, no estado do Maranhão.

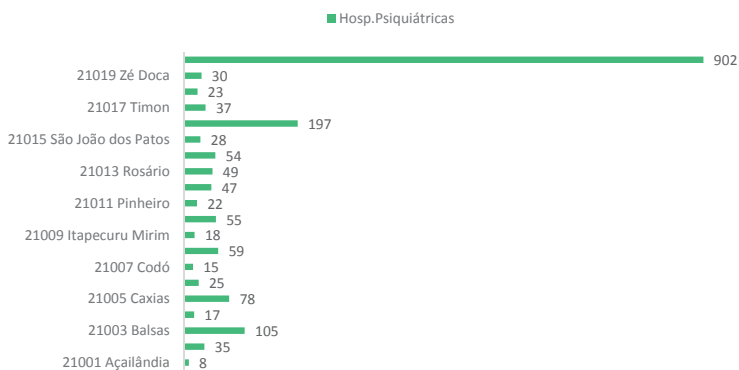


Fonte: DATASUS, 2014.

Hospitalizações psiquiátricas

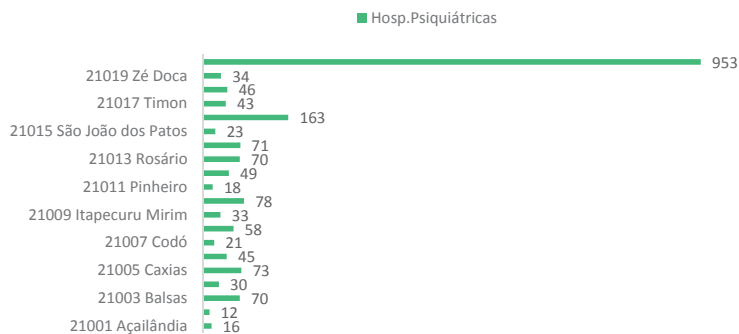
Nos anos de 2012 e 2013, no estado do Maranhão, o número de hospitalizações psiquiátricas teve um aumento de cerca de 9%. Os gráficos 3 e 4 mostram os dados apresentados a partir de indicadores do Datasus:

Gráfico 3 - Hospitalizações psiquiátricas no ano de 2012, por regional de saúde, independentemente de sexo e faixa etária, no estado do Maranhão.



DATASUS, 2013.

Gráfico 4 - Hospitalizações psiquiátricas no ano de 2013, por regional de saúde, independentemente de sexo e faixa etária, no estado do Maranhão.



DATASUS, 2014.



VAMOS PRATICAR?

Pesquise no Datasus os indicadores em Saúde Mental mais prevalentes em sua região.

Considerações finais

Os dados presentes nas consolidações apresentadas possibilitam que sejam feitas algumas inferências sobre a oferta de serviços disponíveis na rede pública de saúde. O aumento no número de internações pode representar algo além do aumento na quantidade de pessoas que sofrem com problemas mentais, mas também pode refletir um esforço de ações da área da saúde no intuito de melhorar o acesso a esses serviços, capacitação de profissionais para atuar na área e até maior conscientização da população acerca da necessidade do tratamento em Saúde Mental, que pode ser resultado inclusive das políticas específicas para a área.

A carência de indicadores em Saúde Mental e a dominância no seu caráter quantitativo permitem uma avaliação limitada dos dispositivos presentes na rede de atenção à Saúde Mental, além de conduzir, muitas vezes, a noções e julgamentos equivocados de eficiência.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N.; COELHO, M. T. A.; PERES, M. F. T. O Conceito de saúde mental. **Revista USP**, São Paulo, n. 43, p. 100-125, set./nov. 1999. Disponível em: <<http://goo.gl/qcOs2j>>. Acesso em: 29 abr. 2013.

BANDEIRA, M.; FREITAS, L. C.; CARVALHO FILHO, J. G. T. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns em usuários do Programa de Saúde da Família. **J Bras Psiquiatr**, v. 56, n. 1, p. 41-47, 2007. Disponível em: <<http://goo.gl/Za5HMQ>>. Acesso em: 29 abr. 2013.

BARROS, S.; EGRY, E. Y. A Enfermagem em saúde mental no Brasil: a necessidade de produção de novos conhecimentos. **Saúde e Sociedade**, v. 3, n. 1, p. 79-94, 1994. Disponível em: <<http://goo.gl/HOYM46>>. Acesso em: 29 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002. 213 p. Disponível em: <<http://goo.gl/uzRAD4>>. Acesso em: 26 abr. 2013.

_____. _____. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <<http://goo.gl/A63qHA>>. Acesso em: 29 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 144 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <<http://goo.gl/OTOonu>>. Acesso em: 29 abr. 2013.

_____. _____. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 16 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <<http://goo.gl/BZr5r7>>. Acesso em: 29 abr. 2013.

____. _____. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. 2. ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004d. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <<http://goo.gl/RiNPIq>> Acesso em: 29 abr. 2013.

____. _____. **Manual do Programa "De Volta para Casa"**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 18 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <<http://goo.gl/zopRJH>>. Acesso em: 29 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. DAPE. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. In: CONFERÊNCIA REGIONAL DE REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL, 2005, Brasília, 2005. OPAS, 2005. Disponível em: <<http://goo.gl/m3bfBq>>. Acesso em: 29 abr. 2013.

____. _____. DATASUS. **Sistema de Informação de Atenção Básica**: situação de saúde - Maranhão. Disponível em: <<http://goo.gl/aVfc6k>>. Acesso em: 15 ago. 2014.

____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em: <<http://goo.gl/WHJ5wc>>. Acesso em: 3 ago. 2014.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: <<http://goo.gl/bVORNU>>. Acesso em: 16 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 25 jan. 2008. Seção 1, p. 47-49. Disponível em: <http://goo.gl/h7RMWO>. Acesso em: 29 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em saúde mental**: 1990-2004. 5. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004e. 340 p. (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: <<http://goo.gl/FzXqNW>>. Acesso em: 26 abr. 2013.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007. Disponível em: <<http://goo.gl/GtOT85>>. Acesso em: 26 abr. 2013.

CHIAVERINI, D. H. et al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 236 p. Disponível em: <<http://goo.gl/fyHM9h>>. Acesso em: 26 abr. 2013.

DUNCAN, B. B. et al. **Condutas de atenção primária baseada em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

JASPERS, K. **Psicopatologia geral**. São Paulo, SP: Atheneu, 2000.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Mental**. Belo Horizonte, 2006. 238 p. Disponível em: <<http://goo.gl/XoSU9t>>. Acesso em: 10 abr. 2013.

OMS. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde**. 10. ed. rev. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997. v. 1. Disponível em: <<http://goo.gl/yYiqTM>>. Acesso em: 15 ago. 2014.

OMS. **Relatório Mundial da Saúde**: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OMS, 2001. Disponível em: <<http://goo.gl/q9OILB>>. Acesso em: 29 abr. 2013.

PINTO, A. T. M.; FERREIRA, A. A. L. Problematizando a Reforma Psiquiátrica Brasileira: a genealogia da reabilitação psicossocial. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 27-34, jan. / mar. 2010. Disponível em: <<http://goo.gl/kRWRmF>>. Acesso em: 26 abr. 2013

SILVA, D. S.; AZEVEDO, D. M. de. As novas práticas em saúde mental e o trabalho no serviço residencial terapêutico. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, **jul./sep. 2011**. Disponível em: <<http://goo.gl/vKpcFd>>. Acesso em: 12 ago. 2014.