

CARTILHA DE ORIENTAÇÃO EM SAÚDE MENTAL



Um Caminho para a Inclusão Social

ELABORAÇÃO

Área Técnica de Saúde Mental

Equipe Técnica da Coordenação Estadual de Saúde Mental: Leyliane Cristina A. Pereira/
Shirlene Queiroz de Lima.

Secretaria Estadual de Saúde

COLABORADORES

Coordenação Estadual do Estado da Paraíba.
Ludmila Cerqueira Correia - Professora do Curso de Direito de Santa Rita (DCJ/UFPB).
Políticas Públicas em Saúde Mental do Estado da Paraíba.
Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UFPB.
Rede de Atenção Psicossocial da Paraíba.

EDITOR

Imprensa

ILUSTRAÇÕES

CAPS II BAYEUX NISE DA SILVEIRA - Rua: Palácio de Oliveira Lima S/N, Bairro:
Imaculada. João Pessoa-PB, CEP: 58.220.000.

Usuários: Francineide Costa, Maria Domingos da Silva, Edson da Silva, Valdemir França
Monteiro. Edvânia dos Santos Bernardino.

GESTORES E SECRETÁRIA

Claudia Luciana de Sousa Mascena Veras

Secretaria Estadual de Saúde

Enfermeira sanitária, graduada pela Universidade Federal de Pernambuco. Possui Mestrado
em Enfermagem em Saúde Coletiva e Pós-Graduação em Gestão da Atenção à Saúde e
Especialização em Residência em Medicina Preventiva Social - UFPB.

Iaciara Mendes de Alcântara.

Coordenadora Estadual de Saúde Mental.

GOVERNO

João Azevêdo Lins Filho

Governador do Estado da Paraíba

SUMÁRIO

1- APRESENTAÇÃO

2- INTRODUÇÃO

3- REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

3.1 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

3.1.1 MODALIDADES

3.2 RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA

3.3 PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA

3.4 UNIDADE DE ACOLHIMENTO

3.5 UNIDADE DE ACOLHIMENTO INFANTIL

3.6 LEITOS DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAL GERAL

4- PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

5- O PAPEL DA ATENÇÃO BÁSICA NA SAÚDE MENTAL

5.1 APOIO MATRICIAL DA SAÚDE MENTAL AS EQUIPES DA ATENÇÃO
BÁSICA

6- ACOMPANHAMENTO DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS EM
CONFLITO COM A LEI

7- CONCLUSÃO

8- REFERÊNCIAS

9- ANEXOS

1- APRESENTAÇÃO

A Gerência Estadual de Atenção à Saúde Mental/SES-PB tem a satisfação de oferecer ao Estado da Paraíba esta Cartilha, que tem como principal objetivo divulgar informações relevantes sobre a Rede de Atenção Psicossocial propondo evidenciar esforços no sentido de reconhecer e implementar os direitos da pessoa com transtorno mental garantidos pela constituição Federal e enumerados da Lei nº 10.216/2001 - que aborda a proteção e direitos desses cidadãos e cidadãs e redireciona o modelo assistencial na área.

Aqui você vai encontrar diversas informações sobre Políticas Públicas de Saúde Mental. Esta cartilha é uma ferramenta de trabalho que servirá de apoio à população, aos profissionais da saúde e do Sistema de Justiça no desenvolvimento de ações de cuidado em saúde mental e em relação ao uso de álcool e outras drogas às pessoas, famílias e comunidade de cada território de atuação.

Espera-se que os conteúdos deste guia contribuam para minimizar as angústias que os profissionais sentem ao se depararem com pessoas e famílias que tem ou que convivem com problemas de saúde mental, em especial com aqueles decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Para concluir gostaríamos de falar do prazer de ter compartilhado desse projeto, poder constatar ao longo desta gestão (2011-2018) os significativos avanços no cuidado às pessoas com transtornos mentais e às pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas.

Área Técnica de Saúde Mental do Estado da Paraíba

2- INTRODUÇÃO

Saúde Mental e um Breve Histórico

Sistema Único de Saúde (SUS). Criado a partir do conceito ampliado de saúde inserido na Constituição Brasileira de 1988, fruto da luta incansável do Movimento da Reforma Sanitária, oferecendo desde cuidados no território como atenção básica até os mais complexos procedimentos cirúrgicos. Seu acesso é integral, universal e gratuito. Trata-se de um dos maiores sistemas de saúde do mundo.

A Reforma Psiquiátrica é consequência da luta Antimanicomial difundida em várias partes do mundo. No Brasil, as discussões e ações para libertar as pessoas com transtornos mentais da segregação e coação nos hospícios desembocou na Reforma Psiquiátrica. No lugar dos manicômios (hospícios e hospitais psiquiátricos) foram criados os chamados 'serviços substitutivos', com novas formas de atenção e cuidado.

A Política Nacional de Saúde Mental é resultado de uma luta social de mais de uma década, e tem com **princípio** um modelo de atenção a saúde mental **aberto** e apoiado pela comunidade. Os seus objetivos são garantir que as pessoas com transtornos mentais tenham acesso a uma rede de serviços e cuidados de forma horizontal e redirecionar paulatinamente os recursos da assistência psiquiátrica para um modelo substitutivo de base aberta, solidária e comunitária.

A Lei da Reforma Psiquiátrica nº 10.216, de 06 de abril de 2001, também conhecida como Lei Paulo Delgado, institui um novo modelo de tratamento para as pessoas com transtornos mentais, incentivando o tratamento em serviços abertos e de bases comunitárias. Seu primeiro artigo estende a atenção em saúde mental a todos os cidadãos e cidadãs, sem discriminação de qualquer espécie. Esta norma determina a criação de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos por meio de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), tornando o cuidado em liberdade um direito, inalienável, assegurado pela legislação vigente.

Um levantamento realizado recentemente pelo Ministério da Saúde (MS, 2017)) aponta a Paraíba em primeiro lugar nacional na implantação da política de saúde mental, destacando-se como o Estado com maior cobertura de CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) por 100.000 habitantes. Em consonância com o SUS, o Governo do Estado da Paraíba, sancionou a **Lei 7.639 de 23/06/2004**, afirmando o compromisso ético-político no sentido de implantar efetivamente a Reforma Psiquiátrica no Estado. Desde então, a Paraíba vem se colocando na vanguarda da atenção ao sofrimento psíquico. Hoje, para uma população de 4.025.558 (Fonte IBGE: 2017) habitantes, a Paraíba disponibiliza em sua rede de atenção à saúde 110 centros (CAPS), 15 Residências Terapêuticas, 04 Unidades de Acolhimento Infante-Juvenil e Adulto e 21 Leitos de Psiquiátrico em Hospital Geral, totalizando 154 Serviços RAPS (Rede de Atenção Psicossocial). Serviços distribuídos estrategicamente por todo o Estado, assegurando os princípios do SUS pactuados nas 16ª Regiões de Saúde.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dentro da atual Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde, são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. Eles devem ser territorializados, ou seja, devem estar circunscritos no espaço de convívio social (família, escola, trabalho etc.) daqueles usuários que os frequentam. Deve ser um serviço que resgate as potencialidades dos recursos comunitários à sua volta, pois todos esses recursos devem ser incluídos nos cuidados em saúde mental. A re inserção social pode se dá a partir do CAPS, mas sempre em direção à comunidade.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) tem como finalidade a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Dentre as principais diretrizes da RAPS, é importante destacar (BRASIL, 2011):

- > Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- > Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- > Combate a estigmas e preconceitos;
- > Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- > Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- > Desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- > Desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- > Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- > Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com sofrimento ou com transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras, drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

Na mesma linha A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) passa a ser formada pelos seguintes pontos de atenção ou Componentes da Rede (Serviços):

- CAPS (Centro de atenção Psicossocial), em suas diferentes modalidades.
- Serviço Residencial Terapêutico (SRT).
- Unidade de Acolhimento (adulto e infante-juvenil).
- Enfermarias Especializadas em Hospital Geral.
- Hospital Psiquiátrico.
- Hospital-Dia.
- Atenção Básica.
- Urgência e Emergência.
- Comunidades Terapêuticas.
- Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental.

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

3.1 Centro De Atenção Psicossocial

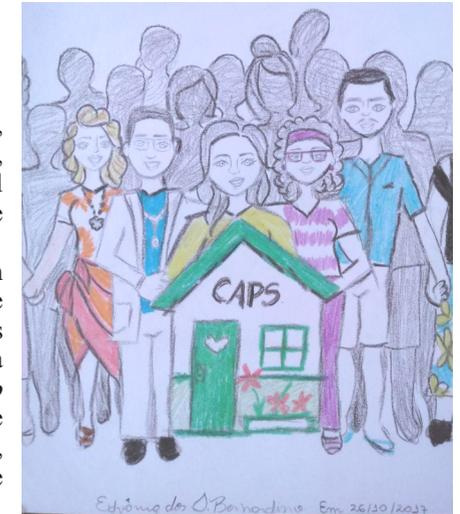
O primeiro CAPS do Brasil foi criado em 1987, na cidade de São Paulo e, em 1989 foram criados, em Santos, os Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS), com atenção 24hs, posteriormente determinados de CAPS III.

Nos anos que se seguiram, os CAPS foram implementados em vários municípios do país e consolidaram-se como dispositivos estratégicos para a separação do modelo asilar no contexto da reforma psiquiátrica, e para a criação de um **ново lugar social** para as pessoas com a experiência de sofrimento, decorrentes de transtornos, mentais, incluindo aqueles por dependência de álcool e outras drogas.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas diferentes modalidades são pontos de atenção estratégicos da RAPS: **serviços de saúde de caráter aberto e comunitário** constituídos por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com sofrimento ou transtorno mental em geral, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011) e são **substitutivos ao modelo asilar**.

Nessa perspectiva, o CAPS opera nos territórios, compreendidos não apenas como espaços geográficos, mas territórios de pessoas, de instituições, dos cenários nos quais se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares (BRASIL, 2005) e constituem -se como um 'lugar' na comunidade. Lugar de referência e de cuidado, promotor de vida, que tem a missão de garantir o exercício da cidadania e a inclusão social de usuários e de familiares.

Os CAPS têm papel estratégico na articulação da RAPS, tanto no que se refere a atenção direta visando à promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, quanto na ordenação do cuidado, trabalhando em conjunto com as Equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, articulando e ativando os recursos existentes em outras redes, assim como nos territórios.



3.1.1 Modalidades:

CAPSI

Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida, indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de quinze mil habitantes.

Equipe mínima: 01 médico com formação em saúde mental; 01 enfermeiro; 03 profissionais de nível superior, 04 profissionais de nível médio.

CAPSI II

Atende prioritariamente pessoas em sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes.

Equipe mínima: 01 médico psiquiatra; 01 enfermeiro com formação em saúde mental; 04 profissionais de nível superior, 06 profissionais de nível médio.

CAPSI III

Atende prioritariamente pessoas com intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporcionam serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPSI AD. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

Equipe mínima: 02 médicos psiquiatras; enfermeiro com formação em saúde mental, 05 profissionais de nível universitário, 08 profissionais de nível médio.

Para o período de acolhimento noturno, a equipe deve ser composta por: 03 técnico/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço, 01 profissional de nível médio da área de apoio.

Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por: 01 profissional de nível superior, 03 técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço, 01 profissional de nível médio da área de apoio.

CAPSAD

Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Proporcionam serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

Equipe mínima: 01 médico psiquiatra; 01 enfermeiro com formação em saúde mental; 01 médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas; 04 profissionais de nível superior, 06 profissionais de nível médio.

CAPSAD III

Atende adultos, crianças e adolescentes, considerando as normativas do estatuto da criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo 12 leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicados para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes.

Equipe mínima: 01 médico clínico; 01 médico psiquiatra; 01 enfermeiro com experiência e/ou formação na área de saúde mental; 05 profissionais de nível superior, 04 técnicos de enfermagem; 04 profissionais de nível médio; 01 profissional de nível médio para a realização de atividades de natureza administrativa.

Para os períodos de acolhimento noturno, a equipe mínima ficará acrescida dos seguintes profissionais: 01 profissional de saúde de nível superior, preferencialmente enfermeiro; 02 técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço; 01 profissional de nível fundamental ou médio para realização de natureza administrativa. No período diurno aos sábados, domingos e feriados, a equipe mínima será composta da seguinte forma: 01 enfermeiro; 03 técnicos de enfermagem; sob supervisão do enfermeiro do serviço; 01 profissional de nível fundamental ou médio para realização de atividades de natureza administrativa.

CAPSI

Atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes.

Equipe mínima: 01 médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; 01 enfermeiro, 04 profissionais de nível superior, 05 (cinco) profissionais de nível médio.

3.2 RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (STR) são moradias destinadas a cuidar de pessoas com transtornos mentais que passaram muito tempo internadas em hospitais psiquiátricos. A idéia do serviço Residencial Terapêutico é trabalhar para que as tais pessoas possam, no médio prazo, retornar à família, ao convívio social, solidário e comunitário, pois é na relação com a família, com o outro e com a comunidade que os direitos dessas pessoas serão exercidos.

3.3 PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA

Esse programa de custeio federal é dirigido para pessoas com transtornos mentais que passaram dois ou mais anos internadas em hospitais psiquiátricos. Trata-se de acompanhar a volta para a casa e a reinserção social do usuário e da saúde mental. O objetivo do programa é contribuir, inclusive financeiramente, para o retorno da pessoa ao convívio social-comunitário e ao ambiente familiar. Mais uma vez, se trata de garantir a plena cidadania da pessoa com transtorno mental.



3.4 UNIDADE DE ACOLHIMENTO (UA)

As Unidades de Acolhimento (UA) funcionam 24 horas, 07 dias por semana, e são voltadas para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentam acentuadas vulnerabilidade social e/ou familiar e precisam de acompanhamento terapêutico e proteção temporária. O tempo de permanência na Unidade de Acolhimento é de até seis meses (BRASIL, 2012a).

3.5. UNIDADE DE ACOLHIMENTO INFANTIL (UAI)

A Unidade de Acolhimento Infante-Juvenil (UAI) é um serviço da Rede de Atenção Psicossocial que oferece acolhimento transitório as crianças e adolescentes de ambos os sexos, de 10 a 18 anos de idade, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. A UAI deve garantir os direitos de moradia, educação e convivência familiar e social para os usuários por até 6 meses, oferecendo a este público e seus familiares tempo e oportunidade para construir novos projetos de vida.

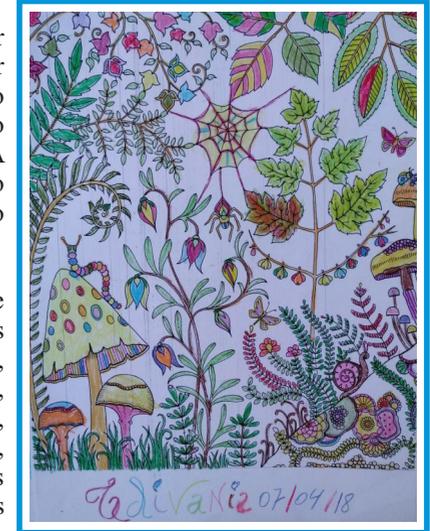
3.6 LEITOS DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAL GERAL

O componente de Atenção Hospitalar da RAPS habilita Hospitais Gerais, Maternidades e Hospitais de Pediatria para oferta de leitos de saúde mental que funcionem como retaguarda para a RAPS. O principal objetivo deste ponto de atenção é oferecer cuidado hospitalar para pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, para que sejam realizadas a avaliação diagnóstica e a discriminação de patologias somáticas e/ou psiquiátricas; manejo de situações de crise e/ou vulnerabilidade extrema que apresentem risco de vida para o usuário.

3- PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

O cuidado no âmbito do CAPS é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Singular (PTS), envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família, a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do CAPS e/ ou DA Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso (BRASIL, 2011).

As práticas dos CAPS são realizadas em ambiente de 'portas abertas', acolhedor e inserido nos territórios das cidades, dos bairros. Os PTS, acompanhando o usuário, em sua história, cultura, projetos, e vida cotidiana, ultrapassam, necessariamente, o espaço do próprio serviço, implicando as redes de suporte social e os saberes e recursos dos territórios. Algumas das ações dos CAPS são realizadas em coletivos, em grupos, outras são individuais, outras destinadas as famílias, outras são comunitárias, e podem acontecer no espaço do CAPS e/ou nos territórios, nos contextos reais de vida das pessoas.



De acordo com a Portaria SAS/MS nº. 854/2012 (BRASIL, 2012e), poderão compor, de diferentes formas, os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), de acordo com as necessidades de usuários e familiares, as seguintes estratégias:

Acolhimento inicial: primeiro atendimento, por demanda espontânea ou referenciada, incluindo as situações de crise no território; consiste na escuta qualificada, que reafirma a legitimidade da pessoa e/ou familiares que buscam o serviço e visa reinterpretar as demandas, construir o vínculo terapêutico inicial e/ou corresponsabilizar-se pelo acesso a outros serviços, caso necessário.

Acolhimento diurno e/ou noturno: ação de hospitalidade diurna e/ou noturna realizada nos CAPS como recurso do projeto terapêutico singular de usuários objetivando a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, convívio familiar e/ou comunitário.

Atendimento individual: atenção direcionada aos usuários visando a elaboração do projeto terapêutico singular ou que dele derivam. Comporta diferentes modalidades, incluindo o cuidado e acompanhamento nas situações clínicas de saúde, e deve responder às necessidades de cada pessoa.

Atenção às situações de crise: ações desenvolvidas para manejo das situações de crise, entendidas como momentos do processo de acompanhamento dos usuários, nos quais conflitos relacionais com familiares, contextos, ambiência e vivências, geram intenso sofrimento e desorganização. Esta ação exige disponibilidade de escuta atenta para compreender e mediar os possíveis conflitos e pode ser realizada no ambiente do próprio serviço, no domicílio ou em outros espaços do território que façam sentido ao usuário e sua família e favoreçam a construção e a preservação de vínculos.

Atendimento em grupo: ações desenvolvidas coletivamente, como recurso para promover sociabilidade, intermediar relações, manejar dificuldades relacionais, possibilitando experiência de construção compartilhada, vivência de pertencimento, troca de afetos, auto estima, autonomia e exercício de cidadania.
Práticas corporais: estratégias ou atividades que favoreçam a percepção corporal, a autoimagem, a coordenação psicomotora, compreendidos como fundamentais ao processo de construção de autonomia, promoção e prevenção em saúde.

Práticas expressivas e comunicativas: estratégias realizadas dentro ou fora do serviço que possibilitem 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.

Atendimento para a família: ações voltadas para o acolhimento individual ou coletivo dos familiares e suas demandas, que garantam a corresponsabilização no contexto do cuidado, propiciando o compartilhamento de experiências e informações.

Atendimento domiciliar: atenção desenvolvida no local de moradia da pessoa e/ou de familiares, para compreensão de seu contexto e suas relações, acompanhamento do caso e/ou em situações que impossibilitem outra modalidade de atendimento.

Ações de reabilitação psicossocial: ações de fortalecimento de usuários e familiares, mediante a criação e o desenvolvimento de iniciativas articuladas com os recursos do território nos campos do trabalho/economia solidária, habitação, educação, cultura, direitos humanos, que garantam o exercício de direitos de cidadania, visando à produção de novas possibilidades para projetos de vida.

5- O PAPEL DA ATENÇÃO BÁSICA NA SAÚDE MENTAL



O desenvolvimento na Estratégia Saúde da Família nos últimos anos e dos novos serviços substitutivos em saúde mental - especialmente os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) - marcam um progresso indiscutível da política do SUS. Esse avanço na resolução dos problemas de saúde da população por meio da vinculação com equipes, e do aumento de resolutividade propiciado pelos serviços substitutivos em crescente expansão, não significa, contudo, que tenhamos chegado a uma situação ideal, do ponto de vista da melhoria da atenção.

A realidade das equipes de atenção básica demonstra que, cotidianamente, elas se deparam com problemas de 'saúde mental': 56% das equipes de saúde da família referiram realizar 'alguma ação da saúde mental'. Por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes de atenção básica são um recurso estratégico para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas formas de sofrimento psíquico.

Existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão as práticas preventivas ou de vidas mais saudáveis. Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também - e sempre - mental, e que toda saúde mental é também - e sempre - produção de saúde. Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a atenção básica. Contudo, nem sempre a atenção básica apresenta condições para dar conta dessa importante tarefa. Às vezes, a falta de recursos de pessoal e a falta de capacitação acabam por prejudicar o desenvolvimento de uma ação integral pelas equipes. Além disso, atender pessoas com problemas de saúde mental é uma tarefa muito complexa.

5.1 APOIO MATRICIAL DA SAÚDE MENTAL ÀS EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA

O apoio matricial constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, a equipe por ele responsável compartilha alguns casos com a equipe de saúde local (no caso, as equipes da atenção básica responsáveis pelas famílias de um dado território). Esse compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização pelos casos. A responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local.

Responsabilidades Compartilhadas entre as Equipes Matriciais de Saúde Mental e da Atenção Básica:

- Desenvolver ações conjuntas, priorizando: casos de transtornos mentais severos e persistentes, uso abusivo de álcool e outras drogas, pacientes egressos de internações psiquiátricas, pacientes atendidos nos CAPS, tentativas de suicídio, vítimas de violência doméstica intradomiciliar;
- Discutir casos identificados pelas equipes da atenção básica que necessitem de uma ampliação da clínica em relação às questões subjetivas;
- Criar estratégias comuns para abordagem de problemas vinculados a violência, abuso de álcool e outras drogas, estratégias de redução de danos, etc. nos grupos de risco e nas populações em geral;
- Evitar práticas que levem à psiquiatrização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana;
- Fomentar ações que visem à difusão de uma cultura de assistência não manicomial, diminuindo o preconceito e a segregação com a loucura;
- Desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando construir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade, como oficinas comunitárias, destacando a relevância da articulação interestadual (conselhos tutelares, associações de bairro, grupos de auto-ajuda e etc);
- Priorizar abordagens coletivas e de grupos como estratégias para atenção em saúde mental, que podem ser desenvolvidas nas unidades de saúde, bem como na comunidade;
- Adotar a estratégia de redução de danos nos grupos de maior vulnerabilidade, no manejo das situações envolvendo consumo de álcool e outras drogas. Avaliar a possibilidade de integração dos agentes redutores de dano a essa equipe de apoio matricial;
- Trabalhar o vínculo com as famílias, tomando-a como parceira no tratamento e buscar constituir redes de apoio e integração.

6- ACOMPANHAMENTO DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS EM CONFLITO COM LEI

O conjunto de normas relativo às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei configuram uma área complexa, que abrange os sistemas de segurança, justiça e de saúde. Com relação à Lei nº 10.216/2001, ainda há questões à sua abrangência em relação a essas pessoas. Porém, esta lei não excepciona dos seu texto as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, portanto, não existe uma razão para excluí-las da sua aplicação, em conformidade com o seu art.1º, que determina que os direitos ali previstos devem ser garantidos 'sem qualquer forma de discriminação' (BRASIL, 2001).

Embora esta lei não mencione explicitamente a circunstância de internação na eventualidade de autoria de delito por pessoa com transtornos mentais, trata da internação compulsória, ou seja, quando for judicialmente determinada. De acordo com a norma, independentemente das circunstâncias que precipitaram a internação psiquiátrica, esta deve se configurar como um recurso terapêutico compromissado com a reintegração social dos internos (CORREIA; ALMEIDA, 2017). Aqui está situada a garantia do direito à saúde de toda pessoa com transtornos mentais, conforme aponta o 'Parecer sobre medidas de segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei nº 10.216/2001'(PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO, 2011).

Compreendendo que o tema da medida de segurança exigida uma abordagem intersetorial e que a atenção à saúde da população prisional, em geral, deveria ser ajustada aos princípios e diretrizes do SUS, os Ministérios da Justiça e da Saúde passaram a atuar em conjunto (BRASIL, 2002), predominando o empreendimento de que o SUS e a rede de atenção em saúde mental devem responsabilizar-se pelo tratamento da pessoa submetida à medida de segurança. Ficou acordado que o Brasil não seriam construídos mais manicômios judiciais, devendo-se caminhar no sentido da desconstrução dos que existiam, visando alcançar sua substituição (BARROS-BRISSET, 2010b).

Os debates em torno da reorientação da política de atenção à saúde para pessoas geraram normas e diretrizes tanto no Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCC) como no Conselho Nacional de Justiça (CNJ). que editou resoluções nos anos de 2004 e 2010, onde determinam que na execução da medida de segurança devem ser observados os princípios estabelecidos pela Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2004, 2010b), com o **tratamento e cuidado em saúde mental em serviços substitutivos em meio aberto** (BRASIL, 2010b).

Destaca-se o artigo 6º da Resolução nº 4/2010 do CNPCC em relação ao Poder Executivo: 'em parceria com o Poder Judiciário, irá implantar e concluir, no prazo de 10 anos, a substituição do modelo manicomial de cumprimento de medida de segurança para o modelo antimanicomial, valendo-se do programa específico de atenção ao paciente judiciário' (BRASIL, 2010b).

O CNJ publicou a Resolução nº 113/2010, que prevê, no seu artigo 17: ‘o juiz competente para a execução da medida de segurança, sempre que possível buscará implantar políticas antimanicômiais, conforme sistemática da Lei nº 10.216, de abril de 2001’ (BRASIL, 2010a). No ano seguinte, o CNJ publicou a recomendação nº 35/2011, que dispõe sobre as diretrizes a serem adotadas em atenção aos pacientes judiciários e a execução da medida de segurança, orientando os juízes e juízas a adotarem a política antimanicomial (BRASIL, 2001).

Tais Resoluções do CNPCP e do CNJ funcionam como instrumento impulsionador para uma efetiva política de atenção integral às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei (CORREIA; ALMEIDA, 2017).

No campo normativo, mais recentemente, o Ministério da Saúde publicou novos documentos que assimilavam as orientações do CNPCP e do CNJ. Um desses foi editado justamente com o Ministério da Justiça: a Portaria Interministerial nº 1, de 02 de janeiro de 2014, que institui a política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde.

De acordo com o artigo 12 desta Portaria Interministerial, ‘a estratégia e os serviços para avaliação psicossocial e monitoramento das medidas terapêuticas aplicáveis às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, instituídos no âmbito desta Política, serão regulamentados em ato específico do Ministério de Estado da Saúde.’ (BARSIL, 2014a).

Assim, no ano de 2014 foram publicadas as **Portarias nº 94 e 95, do Ministério da Saúde, que instituem o serviço de avaliação e acompanhamento das medidas de segurança e seu financiamento no âmbito do SUS** (BRASIL, 2014b; BRASIL, 2014c).

A portaria nº 94, de 14 de janeiro de 2014, prevê a criação de um grupo de trabalho multiprofissional, denominado ‘Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP)’. A formação da equipe intersetorial objetiva a avaliação da situação dos incidentes de insanidade mental como forma de reduzir o período de espera das pessoas em presídios e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs). Sua atuação deverá contribuir para o processo de desinstitucionalização, visando à garantia da proteção dos direitos das pessoas privadas de liberdade e o acesso aos serviços de saúde e da assistência social. Tal medida prevê também uma ação conjunta entre as administrações dos HCTPs e presídios com outros órgãos estatais, como o Tribunal de Justiça, a Defensoria Pública e o Ministério Público (BRASIL, 2014b).

A importância dessas normas está no reconhecimento de que a população confinada nos manicômios judiciários do país deveriam encontrar na Política Nacional de Saúde Mental a orientação para seu tratamento, representando um avanço na ampliação de novos indicadores de diretrizes para repensar a política de atenção ao ‘louco infrator’, alcançando a grande maioria das pessoas ainda encarceradas nessas instituições (BARROS-BRISSET, 2010a).

Desde a publicação da Lei nº 10.216/2001 observa-se a crescente realização de eventos com temáticas referentes à garantia de direitos das pessoas internadas nos HCTPs nas instituições e órgãos responsáveis pela execução e cumprimento da medida de segurança e nas universidades públicas e privadas do país. Evento mais recente foi realizado pela Defensoria Pública do Rio de Janeiro junto à Associação Nacional dos Defensores Públicos (ANADep) e a outras organizações, no mês de maio de 2017. O ‘Seminário Internacional Defensoria no Cárcere e a Luta Antimanicomial’ teve por objetivo debater a atuação das/os Defensores/as Públicas/os estaduais na perspectiva da Luta Antimanicomial. A carta de encerramento deste Seminário reúne as conclusões debatidas no evento, como a urgência no fechamento dos manicômios, a observação dos princípios da Reforma Psiquiátrica no contexto de aplicação das medidas de segurança e a atuação da Defensoria Pública na Implementação das Portarias nº 94 e 95 do Ministério da Saúde.

Em alguns estados do país, debates e ações em torno desta temática têm avançado e produzido rupturas no sistema de determinação das medidas de segurança, como as experiência do programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ), em Minas Gerais, desde 2001 (BARROS-BRISSET, 2010a); o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), implantado em 2006 no estado de Goiás (SILVA, 2010), além das recentes iniciativas de criação das Equipes de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicadas às Pessoas com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP), no Piauí, no Pará e em Pernambuco.

7- CONCLUSÃO

Destinada a usuários, familiares e a toda comunidade, esta publicação é, portanto, fruto de construção coletiva o que demonstra que a união em torno de objetivos comuns é uma força potente para aprimorar e realizar a contendo um dos objetivos da Constituição Federal (BRASIL, 1988): ‘promover o bem de todos, sem preconceito de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas, de discriminação’ - construída a partir de um dos pilares da República Brasileira, a dignidade da pessoa humana.

A saúde mental é uma construção coletiva, feita de intervenções e procedimentos, mas também de atenção e cuidado. Cuidar das pessoas que cuidam da saúde mental, seja na formação, seja na sustentação de suas condições de trabalho, é um desafio crucial se queremos realmente tratar o que pode ser tratado, mitigar o sofrimento que pode ser



tratado e, sobretudo, não tentarmos curar o que não pode ser curado.

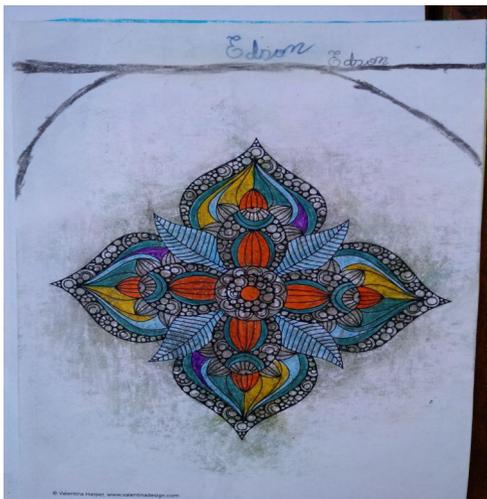
Falar de saúde mental é, portanto, falar de dia a dia, de convivência. É falar de normalidade, mesmo quando tudo pareça sugerir loucura. É sustentar as contradições humanas da maneira como aparecem - desconcertantes, sem aviso prévio, sem compreensão imediata. É respeitar os sujeitos pela história singular que cada um enfrenta batalhas muito particulares na vida, recorrendo a diferentes ferramentas. É acolher em vez de excluir, principalmente na atualidade, quando grupos de pessoas 'iguais' se fecham em uma redoma de falsa segurança.

Ainda existem dificuldades e desafios, porém, muito foi conquistado. O olhar deve estar voltado para que mais conquistas sejam alcançadas, e termos um sistema de saúde que proporcione ao sujeito o que lhe é de direito, um cuidado em sua integralidade, que promova a expressão de subjetividade, e não o seu silêncio.

8- REFERÊNCIAS:

BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator**. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010.

Rede é um monte buracos, amarrados com barbante. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. v. 1, São Paulo, abr. 2010b. p. 83-89. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v20n1/11.pdf>>. Acesso em: 15 mai. 2018.



BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 5 de outubro de 1988.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Manicômio Judiciário: Relatório Final do Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento**

Psiquiátrico. 2002. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicações/Real_Sem_Hosp_Custodia.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução nº 113, de 20 de abril de 2010**. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/busca-atos-adm_documento=2596>. Acesso em: 15 mai. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Recomendação nº 35, de 12 de julho de 2011**. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/atos-normativos_documento=849>. Acesso em: 15 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. **Resolução nº 5, de 4 de maio de 2004**. Dispõe a respeito das Diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança, adequando-as à previsão contida na Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. Disponível em: <http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civel/cadeias/pe_legislacao/2004resolu05.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. **Resolução nº 4, de 30 de julho de 2010**. Dispõe sobre as Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução da Medida de Segurança. 2010b. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/cnpep-1/resolucoes/resolucoes-arquivos-pdf-de-1980-a-2015/resolucao-no-4-de-30-de-julho-de-2010.pdf>>. Acesso em: 15 mai. 2018.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. **Portaria Interministerial nº 1, de 02 de janeiro de 2014**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas

Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001-02_01_2014.html>. Acesso em: 15 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 94, de 14 de janeiro de 2014.** Institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtornos mentais em conflito com a lei, no âmbito do Sistema único de Saúde. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0094_14_01_2014.html>. Acesso em: 15 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 95, de 14 de janeiro de 2014.** Dispõe sobre o financiamento de serviço de avaliação e acompanhamento às medidas terapêuticas aplicáveis ao paciente judiciário, no âmbito do Sistema único de Saúde. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0095_14_01_2014.html>. Acesso em: 15 mai. 2018.

CHIAVERINI, Dulce Helena et al. (org.). Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia/guia_pratico_matriciamento_saude_mental.pdf>. Acesso em: 11 mai. 2018.

CORREIA, Ludmila Cerqueira; ALMEIDA, Olívia Maria de. A luta antimanicomial continua! Problematizações sobre o manicômio judiciário na perspectiva da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Revista InSURgência.** Ano 3, v. 3, n. 2, 2017. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/insurgencia/article/view/27534/20647>>. Acesso em: 11 mai. 2018.

PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO. Ministério Público Federal. **Parecer sobre medidas de segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei nº 10.216/2001.** Brasília: PFDC, 2011.

SARACENO, Benedito. **Libertando identidades:** da reabilitação à cidadania possível. Belo Horizonte: Te Corá, 1999.

SILVA, Haroldo Caetano. Reforma psiquiátrica nas medidas de segurança: a experiência goiana do Paili. **Revista brasileira crescimento desenvolvimento humano.** Vol. 20. Nº 1. São Paulo, p. 112-115, abr. 2010.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. PAS - Pesquisa de Serviços, 2017. Disponível na Internet via WWW URL: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/acomercioservico/pas/pas2017>. Arquivo consultado em 16 de Fevereiro de 2018.

PORTARIAS

Lei nº 10.216 de 2001 - Reforma Psiquiátrica e os Direitos das Pessoas com Transtornos Mentais no Brasil.

Portaria nº 3.088 de 23/12/2011 (Republicada em 30/12/2011) - Rede de Atenção Psicossocial.

Portaria nº 3090 de 23/12/2011- Serviço de Residência Terapêutica.

Portaria nº 3588 de 21/12/2017- Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.

Portaria nº 121 de 25/01/2012 - Unidade de Acolhimento.

Portaria nº 122 de 25/01/2012 - Consultório na Rua.

Portaria nº 123 de 25/01/2012 - Cálculo Consultório na Rua.

Portaria nº 130 de 26/01/2012 - CAPS and III 24 horas

Portaria nº 132 de 26/01/2012 - Componente Reabilitação Psicossocial.

SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DA PARAIBA

SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL DA PARAIBA - 2019

Município	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS i	CAPS AD	CAPS AD III	SRT	PVC	UA	CR	LEITOS em HG
ARARUNA	01										
AGUA BRANCA	01										
AGUIAR	01										
ARAÇAGI	01										
ALAGOA GRANDE	01										
ALCANTIL	01										
ALAGOINHA	01 (SC)										
AROEIRAS	01										
ALHANDRA	01										

BANANEIRAS	01										
BARRA DE SANTANA	01										
BARRA DE SANTA ROSA	01										
BELÉM	01										
BELÉM DO BREJO DO CRUZ	01 (SC)										
BOM SUCESSO	01										
BOQUEIRÃO	01						02	02			
BAYEUX		01									
CAAPORÃ	01										
CABEDELO		01(SC)			01						
Município	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS i	CAPS AD	CAPS AD III	SRT	PVC	UA	CR	LEITOS em HG
CACIMBA DE AREIA	01										

CATOLÉ DO ROCHA	01										
CONDE	01										
COREMAS	01										
CONCEIÇÃO	01			01 (SC)							
CAJAZEIRAS		01		01	01		01				
CUITE		01 (SC)									
CAMPINA GRANDE	02 (Galante e São José da Mata)	01	01	02 (VG e IP)	01	01	06	65		01	20
DIAMANTE	01 (SC)										
DESTERRO	01 (SC)										
ESPERANÇA	01										
GUARABIRA		01			01						
INGA	01										
ITAPORANGA	01										
ITAPOROROCA	01 (SC)										

ITABAIANA	01											
JACARAU	01											
JOÃO PESSOA			02 (GB e Caminhar)	01		02 (JC e DC)	02 (Mandacaru e Mangabeira)	02	01 UAi	04		
JUAZEIRINHO	01											
JURUPIRANGA												
JURU	01											
LAGOA SECA	01							01				
MAMANGUAPE	01					01						
Município	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS i	CAPS AD	CAPS AD III	SRT	PVC	UA	CR	LEITOS em HG	
MARI	01											
MATARACA				01								
MULUNGU	01											
MONTEIRO	01					01						
MONTADAS												

PATOS		01		01	01						
PEDRAS DE FOGO	01										
PICUI	01							01			
POMBAL	01			01		01					
POCINHOS	01										
PIANCÓ			01	01		01		06			
PILAR	01										
PITIMBU	01										
PRATA	01										
PRINCESA ISABEL	01			01		01			01 UAi		
QUEIMADAS	01						01				
REMIGIO	01 (SC)										
RIO TINTO	01										
RIACHO DOS CAVALOS	01										

SANTA RITA		01									
SANTA LUZIA	01										
SAPÉ		01		01		01	01		01 UAA		
SÃO BENTO	01										
SUMÉ	01										
SÃO JOÃO RIO DO PEIXE	01										
Município	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS i	CAPS AD	CAPS AD III	SRT	PVC	UA	CR	LEITOS em HG
SÃO JOSE DE PIRANHAS	01										
SÃO JOÃO DO CARIRI	01										
SÃO SEBASTIÃO DE LAGOA DE ROÇA	01										
SERRA BRANCA	01 (SC)										

SOUSA			01	01	01		02	04			
SOLEDADE	01										
SOLÂNEA	01										
TAPEROÁ	01							03			
TEIXEIRA	01										
UIRAUNA	01										
UMBUZEIRO	01										
TOTAL	66	09	05	13	06	09	14	67	04	05	20

TOTAL DE CAPS NA PARAÍBA: 108

TOTAL DE SERVIÇOS RAPS NA PARAÍBA: 145

LEGENDA:

SC – Sem Cadastramento

CAPS _ Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD– Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPS AD III- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas 24 horas

CAPS i- Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

SRT – Serviço de Residência Terapêutica

UA – Unidade de Acolhimento Transitório

UAi - Unidade de Acolhimento Transitório –infantojuvenil

CR – Consultório na Rua

PVC- Programa de Volta para Casa

LEITOS - Leitos de Saúde Mental em Hospital Ger

FONTE: Coordenação Estadual de Saúde Mental, atualizado em Março de 2019.