Curso de

Rede de Atenção Psicossocial RAPS

ADLAS
CURSOS ONLINE

NOME DO CURSO:

Rede de Atenção Psicossocial RAPS

Domine o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Este conteúdo aborda os fundamentos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a legislação em saúde mental, a estrutura dos pontos de atenção como CAPS, Unidades de Acolhimento, Serviços Residenciais Terapêuticos e leitos em hospitais gerais. Compreenda na prática o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o matriciamento, a redução de danos, o manejo de crises em saúde mental e a articulação intersetorial para o cuidado em liberdade e a reinserção social. #RedeDeAtencaoPsicossocial #RAPS #SaudeMental #SUS #ReformaPsiquiatrica #CAPS #AtencaoPsicossocial #PoliticasDeSaude #SaudeColetiva #CuidadoEmLiberdade

O QUE VOCÊ VAI APRENDER:

- Compreender o histórico, os marcos legais e os princípios ético-políticos da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Luta Antimanicomial.
- Analisar a estrutura organizacional, os componentes e os pontos de atenção que integram a Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde.
- Dominar as atribuições e modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS I, II, III, CAPS i e CAPS ad) na organização do cuidado territorial.

- Aplicar estratégias de acolhimento, escuta qualificada, classificação de risco e manejo clínico da crise em saúde mental sem contenção mecânica arbitrária.
- Elaborar, executar e monitorar o Projeto Terapêutico Singular (PTS) em equipes multiprofissionais com participação ativa do usuário e da família.
- Operacionalizar o apoio matricial e o trabalho compartilhado entre os serviços especializados em saúde mental e as equipes da Atenção Primária à Saúde.
- Implementar estratégias de redução de danos e atenção integral a pessoas com necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas.
- Articular ações de desinstitucionalização, moradia assistida, geração de trabalho e renda e intersetorialidade no território.

PÚBLICO-ALVO:

- Trabalhadores e gestores da saúde pública que atuam no Sistema Único de Saúde, na Atenção Primária à Saúde e nos serviços especializados em saúde mental.
- Estudantes e recém-graduados das áreas de Psicologia, Enfermagem, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Medicina, Farmácia e Saúde Coletiva.
- Profissionais que atuam em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Acolhimento, Serviços Residenciais Terapêuticos e Consultórios na Rua.

- Conselheiros de saúde, operadores do direito, profissionais da assistência social (SUAS) e educadores interessados na rede intersetorial de cuidado.

Módulo 1: Fundamentos Históricos e Marcos Legais da Saúde Mental

Aula 1.1: História da Loucura e o Modelo Hospitalocêntrico no Brasil
O **modelo hospitalocêntrico** consolidou-se no Brasil a partir do século XIX, inspirado nas instituições asilares europeias, com a criação do Hospício de Pedro II no Rio de Janeiro em 1852. Conceitualmente, esse paradigma fundamentava-se no isolamento terapêutico, partindo da premissa de que o afastamento do convívio social e familiar era condição indispensável para a cura da alienação mental. Tecnicamente, a estrutura asilar operava sob lógica disciplinar rígida, marcada pela tutela jurídica, medicalização excessiva, perda de autonomia civil e institucionalização prolongada, frequentemente transformando hospitais psiquiátricos em espaços de exclusão perpétua de populações vulneráveis, indigentes e dissidentes sociais.

Na aplicação prática dos serviços contemporâneos, compreender a gênese do modelo manicomial permite identificar resquícios dessa cultura nas práticas cotidianas de cuidado, como a priorização exclusiva de psicofármacos em detrimento da escuta. Exemplos reais da superação desse modelo incluem as intervenções emblemáticas na Casa de Saúde Anchieta, em Santos, no final da década de 1980, onde a vigilância sanitária constatou graves violações de direitos humanos e iniciou a substituição progressiva

por serviços abertos. O impacto para o trabalhador da saúde reside na exigência de vigilância epistemológica constante para não reproduzir a lógica asilar dentro de serviços comunitários, adotando como boa prática a defesa intransigente da cidadania do usuário e evitando o erro comum de reduzir o sofrimento psíquico a um defeito estritamente biológico, dentro de um contexto operacional que exige desconstrução contínua das práticas tutelares.

Aula 1.2: O Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Luta Antimanicomial A **Reforma Psiquiátrica Brasileira** constitui um processo político e social complexo, contemporâneo à Reforma Sanitária, que emergiu no final da década de 1970 a partir da crise da Divisão Nacional de Saúde Mental e das denúncias de maus-tratos nos hospitais psiquiátricos públicos e conveniados. Tecnicamente, o movimento articula quatro dimensões indissociáveis propostas por Paulo Amarante: a teórico-conceitual, a técnico-assistencial, a jurídico-política e a sociocultural, visando transformar não apenas os serviços de saúde, mas o lugar social destinado à loucura.

Na aplicação prática, a luta antimanicomial orienta a organização do trabalho em equipe para que o território seja o palco principal da reabilitação psicossocial, substituindo o confinamento pela circulação livre na cidade. Como exemplo real, destaca-se a realização do II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru, em 1987, que instituiu o lema "Por uma sociedade sem manicômios" e estabeleceu o dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial. Para o trabalhador, o

impacto consiste na assunção de uma postura ético-política comprometida com o protagonismo do usuário, sendo boa prática estimular associações de usuários e familiares, enquanto o erro comum é confundir a reforma psiquiátrica com uma simples reforma administrativa ou fechamento de leitos sem a devida implantação da rede substitutiva territorial.

Aula 1.3: Lei Federal 10.216 de 2001 e os Direitos das Pessoas com Transtornos Mentais A **Lei Federal 10.216, de 6 de abril de 2001**, conhecida como Lei Paulo Delgado ou Lei da Reforma Psiquiátrica, representa o marco jurídico central que redireciona o modelo assistencial em saúde mental no Brasil e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Tecnicamente, a legislação estabelece que o tratamento deve visar, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio, garantindo o acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades, e proibindo expressamente a internação em instituições com características asilares.

Na operação cotidiana dos serviços, a lei regula os critérios estritos para as modalidades de internação psiquiátrica, classificando-as em voluntária, involuntária e compulsória, todas condicionadas a laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos e somente indicadas quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Um exemplo real de aplicação direta é a obrigatoriedade de comunicação formal das internações involuntárias ao Ministério Público Estadual no prazo máximo de

setenta e duas horas pelo responsável técnico do estabelecimento. O impacto profissional exige rigor documental e respeito à autonomia decisória do usuário, sendo boa prática registrar detalhadamente as tentativas prévias de manejo comunitário antes de qualquer encaminhamento hospitalar, evitando o erro comum de solicitar internações como medida punitiva, higienista ou de conveniência familiar no contexto operacional da urgência.

Aula 1.4: Conferências Nacionais de Saúde Mental e Controle Social As **Conferências Nacionais de Saúde Mental** constituem instâncias máximas de deliberação democrática e controle social no âmbito do Sistema Único de Saúde, reunindo usuários, familiares, trabalhadores e gestores para formular diretrizes das políticas públicas. Tecnicamente, essas conferências operam sob os preceitos da Lei Federal 8.142 de 1990, sistematizando demandas territoriais desde as etapas municipais e estaduais até a plenária nacional, cujos relatórios finais orientam a edição de portarias ministeriais e planos plurianuais de saúde.

Na prática institucional, as deliberações das conferências legitimam a fiscalização dos serviços pelos conselhos municipais e estaduais de saúde, fortalecendo a gestão participativa nas assembleias internas dos serviços de atenção psicossocial. Um exemplo histórico relevante é a III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em dezembro de 2001, logo após a promulgação da Lei 10.216, que consolidou as bases operacionais para a expansão dos Centros de Atenção Psicossocial em todo o território nacional. O impacto na rotina dos trabalhadores manifesta-se na necessidade

de fomentar a participação social dos usuários nas instâncias decisórias, adotando como boa prática a realização regular de assembleias deliberativas nos serviços e evitando o erro comum da gestão tecnocrática que ignora a voz dos sujeitos atendidos no planejamento assistencial.

Aula 1.5: Desinstitucionalização e o Paradigma da Atenção Psicossocial A **desinstitucionalização**, fundamentada na tradição da psiquiatria democrática italiana liderada por Franco Basaglia, ultrapassa a mera desospitalização, configurando-se como a desconstrução das relações de poder, saberes e práticas que objetificam o sujeito em sofrimento psíquico. Tecnicamente, o paradigma da atenção psicossocial desloca o foco da remissão sintomática isolada para a ampliação do poder contratual do indivíduo, articulando clínica ampliada, suporte material, garantia de direitos civis e reconstrução de laços afetivos e comunitários.

Na aplicação prática, desinstitucionalizar significa construir projetos de vida singularizados tanto para pessoas egressas de longas internações psiquiátricas quanto para novos usuários que acessam a rede pela primeira vez, impedindo a cronificação institucional. Um exemplo real desse processo é a implantação do Programa de Volta para Casa, instituído pela Lei Federal 10.708 de 2003, que assegura auxílio-reabilitação psicossocial mensal diretamente ao beneficiário egresso de internação de longa permanência. O impacto para a equipe multiprofissional exige abandonar a postura prescritiva verticalizada em favor da cogestão do cuidado, mantendo como boa prática o acompanhamento longitudinal no

domicílio e no território, e combatendo o erro comum da chamada transinstitucionalização, que ocorre quando usuários saem de hospitais psiquiátricos para serem confinados em instituições fechadas privadas sem projeto terapêutico comunitário.

Módulo 2: Arquitetura Organizacional e Diretrizes da RAPS

Aula 2.1: Portaria de Consolidação nº 3 e a Instituição da RAPS A **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)** foi originalmente instituída pela Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, e atualmente encontra-se incorporada ao Anexo V da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017. Tecnicamente, a normativa integra a saúde mental à lógica das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no SUS, estabelecendo um arranjo organizativo de ações e serviços de diferentes densidades tecnológicas que, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

Na operacionalização local, a portaria define objetivos gerais e específicos, determinando que os pontos de atenção funcionem de forma articulada, com fluxos de referência e contrarreferência claros, sob coordenação da gestão municipal e regional. Um exemplo real de aplicação normativa é a pactuação dos Planos de Ação Regionais da RAPS nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), que definem a distribuição de serviços conforme o porte populacional dos municípios. O impacto para trabalhadores e gestores reside na responsabilidade compartilhada pelo usuário ao longo de toda a rede, sendo boa prática conhecer formalmente a carteira de serviços de cada ponto de atenção do município e evitar

o erro comum de operar serviços como ilhas isoladas que transferem responsabilidades sem transição segura do cuidado.

Aula 2.2: Princípios e Diretrizes Operacionais da RAPS Os **princípios e diretrizes da RAPS** estabelecem os alicerces éticos e técnicos que regem o funcionamento de todos os seus pontos de atenção, destacando-se o respeito aos direitos humanos, a garantia da autonomia e da liberdade das pessoas, a promoção da equidade e o combate a estigmas e preconceitos. Tecnicamente, a normativa determina a diversificação das estratégias de cuidado, o desenvolvimento de atividades no território que favoreçam a inclusão social, a ênfase em serviços de base territorial e comunitária, e a organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada com estabelecimento de ações intersetoriais.

Na aplicação prática diária, essas diretrizes traduzem-se na construção de ambientes acolhedores, portas abertas, ausência de grades ou trancas restritivas e organização de processos de trabalho centrados nas necessidades singulares dos sujeitos. Como exemplo real, cita-se o acolhimento imediato sem exigência de agendamento prévio ou burocracia documental excessiva para pessoas em sofrimento psíquico agudo que buscam uma unidade de saúde. Para o profissional, o impacto envolve a avaliação permanente dos indicadores de qualidade e humanização da assistência, constituindo boa prática a revisão periódica dos protocolos internos à luz dos direitos humanos e evitando o erro comum de criar barreiras de acesso baseadas em critérios morais,

como exigir abstinência prévia para iniciar o acompanhamento em saúde mental.

Aula 2.3: Os Sete Componentes Estruturantes da Rede de Atenção Psicossocial A **arquitetura da RAPS** organiza-se em sete componentes interdependentes que cobrem desde a prevenção e promoção da saúde até a atenção hospitalar de retaguarda e a reabilitação psicossocial. Tecnicamente, esses componentes compreendem: Atenção Básica em Saúde; Atenção Psicossocial Especializada; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização; e Reabilitação Psicossocial.

Na dinâmica assistencial, cada componente possui pontos de atenção específicos com atribuições complementares, garantindo que o usuário receba suporte proporcional à complexidade e ao momento clínico de sua demanda. Um exemplo real dessa articulação ocorre quando um indivíduo atendido pela Unidade Básica de Saúde apresenta agravamento de quadro psicótico, recebe suporte intensivo no CAPS, utiliza leito de saúde mental em hospital geral por curto período para estabilização clínica e retorna ao acompanhamento territorial com suporte de oficinas de geração de renda. O impacto operacional exige dos profissionais domínio sobre o papel de cada componente, sendo boa prática mapear os recursos comunitários e institucionais de cada eixo e evitar o erro comum de concentrar toda a demanda de saúde mental exclusivamente nos serviços especializados.

Aula 2.4: Territorialização, Adscrição de Clientela e Regulação do Acesso A **territorialização em saúde mental** ultrapassa a delimitação geográfica administrativa, compreendendo o território como espaço vivo onde se produzem relações sociais, culturais, econômicas e subjetivas que influenciam diretamente o processo saúde-doença. Tecnicamente, a adscrição de clientela organiza a responsabilidade sanitária das equipes sobre uma população definida, permitindo o reconhecimento dos determinantes sociais da saúde, dos fatores de proteção e das vulnerabilidades locais.

Na prática dos serviços, a regulação do acesso na RAPS opera preferencialmente pela lógica da porta aberta nos serviços de Atenção Primária e nos CAPS, dispensando centrais de regulação burocráticas que atrasam o acolhimento inicial, embora utilize sistemas regulatórios para leitos hospitalares e vagas de acolhimento residencial. Um exemplo real é a divisão de um município de grande porte em distritos sanitários, onde cada CAPS responde sanitariamente por um conjunto específico de Unidades Básicas de Saúde e bairros adjacentes. O impacto profissional demanda conhecimento profundo da realidade socioespacial atendida, adotando como boa prática a realização de visitas territoriais e mapeamento de lideranças comunitárias, evitando o erro comum de recusar atendimento a pessoas em situação de rua sob a justificativa de ausência de comprovante de residência.

Aula 2.5: Governança Regional, Financiamento e Pactuação Interfederativa A **governança da RAPS** fundamenta-se na gestão compartilhada entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios,

operacionalizada por meio das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT), além das Comissões Intergestores Regionais (CIR). Tecnicamente, o financiamento dos serviços segue as regras dos blocos de financiamento do SUS, compreendendo incentivos financeiros de implantação e custeio mensal repassados fundo a fundo mediante habilitação ministerial, cumprimento de metas de produção registradas nos sistemas de informação e manutenção das equipes mínimas exigidas.

Na gestão operacional, os municípios de pequeno porte que não atingem o critério populacional para implantar serviços especializados próprios devem pactuar o acesso regionalizado com municípios-sede, garantindo transporte sanitário e fluxos compartilhados. Um exemplo real é o funcionamento dos Colegiados Gestores Regionais de Saúde Mental, que monitoram a ocupação de leitos em hospitais gerais e a cobertura de CAPS nas regiões de saúde. Para gestores e trabalhadores, o impacto reside na necessidade de registro fidedigno das ações nos sistemas oficiais, como o RAAS (Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde) e o e-SUS APS, sendo boa prática auditar mensalmente os relatórios de produção e evitar o erro comum da subnotificação de procedimentos que pode acarretar suspensão de repasses financeiros federais.

Módulo 3: Atenção Primária à Saúde como Ordenadora do Cuidado

Aula 3.1: Papel Estratégico da Unidade Básica de Saúde na Saúde Mental A **Unidade Básica de Saúde (UBS)** constitui o ponto de

atenção estratégico da RAPS no componente da Atenção Básica, atuando como porta de entrada preferencial do SUS e ordenadora do cuidado longitudinal no território. Tecnicamente, estima-se que a grande maioria das demandas de sofrimento psíquico comum, como transtornos ansiosos leves e moderados, quadros depressivos reativos e sofrimentos psicossociais associados a vulnerabilidades cotidianas, pode e deve ser acolhida e resolvida no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS).

Na aplicação prática, a equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) utiliza o vínculo pré-existente com o indivíduo e seu núcleo familiar para realizar intervenções precoces, prevenir agravamentos e acompanhar comorbidades clínicas frequentemente negligenciadas em pessoas com transtornos mentais graves. Um exemplo real é o acompanhamento integrado de um usuário com diagnóstico de esquizofrenia e diabetes mellitus tipo 2 pela equipe de Saúde da Família, que monitora simultaneamente a adesão terapêutica, os exames metabólicos e a dinâmica familiar. O impacto para os trabalhadores da APS envolve superar o medo e o estigma diante da saúde mental, adotando como boa prática a inclusão da saúde mental na rotina de todas as consultas e visitas domiciliares, e evitando o erro comum de encaminhar automaticamente qualquer queixa emocional ao especialista sem avaliação clínica inicial.

Aula 3.2: Estratégias de Saúde da Família, eMulti e Cuidado Compartilhado As **equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti)**, instituídas pela Portaria GM/MS nº 635

de 2023 em substituição ao modelo anterior dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF), ampliam a resolutividade clínica e interprofissional das equipes de Saúde da Família. Tecnicamente, as eMulti integram profissionais como psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, psiquiatras, farmacêuticos e educadores físicos que atuam de forma complementar, integrada e corresponsável junto às equipes vinculadas.

Na operacionalização cotidiana, o trabalho compartilhado ocorre por meio de atendimentos conjuntos, discussões de casos complexos, construção de grupos terapêuticos na unidade e intervenções comunitárias, evitando a reprodução de um ambulatório de especialidades dentro da UBS. Um exemplo real é a realização de grupos de escuta e práticas corporais conduzidos conjuntamente por um psicólogo da eMulti e uma enfermeira da Saúde da Família para mulheres com sintomas ansiosos e sobrecarga de cuidado familiar. O impacto profissional exige competências para o trabalho interdisciplinar horizontalizado, sendo boa prática pactuar agendas protegidas para reuniões de equipe e discussão de casos, evitando o erro comum de transformar os profissionais da eMulti em meros executores de consultas individuais isoladas por encaminhamento interno.

Aula 3.3: Consultório na Rua e Atenção às Populações em Situação de Rua As **Equipes de Consultório na Rua (eCR)** constituem pontos de atenção específicos do componente Atenção Básica da RAPS, instituídos para ampliar o acesso e ofertar atenção integral à saúde da população em situação de rua diretamente nos espaços

públicos onde vivem e circulam. Tecnicamente, as eCR são multiprofissionais, organizadas em três modalidades conforme a composição da equipe, integrando enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, médicos, agentes sociais e técnicos de enfermagem, operando com horários flexíveis e abordagem itinerante.

Na prática assistencial, o trabalho inicia-se pela construção gradual de vínculo, respeitando a temporalidade, os códigos culturais e a autonomia das pessoas em situação de rua, muitas vezes marcadas por rupturas familiares, transtornos mentais graves e uso prejudicial de substâncias psicoativas. Um exemplo real é a abordagem realizada em praças e viadutos durante o período noturno para oferta de cuidados básicos de enfermagem, testagem rápida, escuta qualificada e articulação de vagas em Unidades de Acolhimento ou abrigos da assistência social. O impacto operacional demanda elevada capacidade de adaptação e atuação intersetorial, sendo boa prática manter diálogo permanente com os Centros POP do SUAS e evitar o erro comum de condicionar o atendimento em saúde à apresentação de documentos civis ou à retirada compulsória da pessoa do espaço urbano.

Aula 3.4: Centros de Convivência e Cultura na Promoção da Saúde Mental Os **Centros de Convivência e Cultura (CECOs)** são dispositivos públicos vinculados ao componente da Atenção Básica da RAPS que oferecem à população em geral e às pessoas com transtornos mentais ou necessidades decorrentes do uso de substâncias espaços de sociabilidade, produção cultural, arte e

intervenção na cidade. Tecnicamente, os CECOs não realizam atendimento clínico-ambulatorial tradicional, mas operam na interface entre saúde, arte e cultura, utilizando oficinas de música, teatro, artes plásticas, artesanato, esporte e economia solidária como ferramentas de produção de subjetividade e laço social.

Na aplicação prática, a convivência heterogênea entre usuários da rede de saúde mental, moradores do bairro, idosos e jovens desconstrói estigmas sociais e promove a inclusão efetiva sem tutela clínica. Um exemplo real consolidado no Brasil são os Centros de Convivência e Cooperativa (CECCOs) implantados em parques públicos do município de São Paulo desde o início da década de 1990, que funcionam como espaços abertos de convivência comunitária e produção artística. O impacto para os profissionais reside na ampliação do repertório terapêutico para além do consultório, adotando como boa prática o estímulo à inserção dos usuários nas atividades culturais do território e evitando o erro comum de transformar oficinas de convivência em espaços segregados exclusivos para pacientes psiquiátricos.

Aula 3.5: Prevenção do Suicídio e Posvenção na Atenção Primária

A **prevenção do suicídio na Atenção Primária à Saúde** constitui prioridade sanitária regulamentada pela Lei Federal 13.819 de 2019, que instituiu a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Tecnicamente, o manejo envolve a identificação precoce de fatores de risco e sinais de alerta, avaliação do grau de intencionalidade e planejamento suicida, restrição do acesso a meios letais, mobilização da rede de apoio

sociofamiliar e articulação imediata com os serviços especializados da RAPS nos casos de risco moderado a elevado.

Na prática clínica e comunitária, a vigilância epidemiológica atua por meio da notificação compulsória imediata de violência autoprovocada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), permitindo que a equipe do território realize busca ativa e acompanhamento contínuo após tentativas de suicídio. Além disso, a **posvenção** abrange o conjunto de ações de cuidado, acolhimento e suporte psicológico oferecidas aos familiares, amigos e membros da comunidade afetados por uma morte por suicídio, prevenindo o sofrimento complicado e o efeito contágio. Um exemplo real é a realização de visita domiciliar conjunta pela enfermeira e pelo agente comunitário de saúde nas primeiras vinte e quatro horas após a alta hospitalar de um usuário atendido por tentativa de suicídio. O impacto profissional exige capacitação para abordagem direta e empática sem julgamento moral, sendo boa prática perguntar explicitamente sobre ideação suicida durante o acolhimento e evitar o erro comum de minimizar queixas de desesperança ou dar conselhos religiosos e moralizantes.

Módulo 4: Atenção Psicossocial Especializada e Modalidades de CAPS

Aula 4.1: Conceito, Missão e Funcionamento Geral dos CAPS Os **Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)** são 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 sofrimento ou transtorno mental grave e persistente, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Tecnicamente, os CAPS exercem dupla função na RAPS: a função clínico-assistencial, ofertando cuidado direto intensivo, semi-intensivo e não intensivo no território, e a função de ordenação e articulação da rede, apoiando as equipes da Atenção Primária e coordenando projetos terapêuticos complexos.

Na rotina operacional, o CAPS funciona em regime de portas abertas, sem necessidade de agendamento prévio para o acolhimento inicial, estruturando suas atividades em atendimentos individuais, atendimentos em grupo, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família e ações comunitárias. Um exemplo real da dinâmica cotidiana é a ambiência terapêutica do serviço, onde o espaço físico de convivência funciona como dispositivo clínico de observação, escuta informal e construção de vínculos durante o período de permanência do usuário. O impacto para os trabalhadores envolve o exercício da clínica ampliada em equipe interdisciplinar, adotando como boa prática a realização de reuniões técnicas semanais para discussão de casos e organização dos processos de trabalho, e evitando o erro comum de transformar o CAPS em um ambulatório de consultas agendadas com longas filas de espera.

Aula 4.2: Tipologia dos CAPS I, CAPS II e CAPS III por Porte Populacional A **classificação dos CAPS por porte populacional e complexidade assistencial** obedece aos parâmetros estabelecidos

na Portaria de Consolidação GM/MS nº 3 de 2017, adequando a capacidade instalada às necessidades epidemiológicas de cada município ou região de saúde. Tecnicamente, o **CAPS I** destina-se a municípios ou regiões com população acima de quinze mil habitantes, funcionando em dois turnos durante os cinco dias úteis da semana; o **CAPS II** atende municípios com população acima de setenta mil habitantes, com equipe ampliada; e o **CAPS III** é indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes, operando vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana, incluindo feriados, dispondo de até cinco leitos de acolhimento noturno.

Na aplicação prática, a existência de leitos de acolhimento noturno no CAPS III permite manejar situações de crise aguda, desorganização psíquica grave ou vulnerabilidade familiar extrema no próprio serviço territorial, evitando internações hospitalares desnecessárias e preservando o vínculo do usuário com sua equipe de referência. Um exemplo real é a permanência de um usuário em crise psicótica por até sete dias corridos no acolhimento noturno de um CAPS III, recebendo suporte contínuo de enfermagem, ajuste medicamentoso e mediação familiar durante todo o período. O impacto para gestores e equipes exige dimensionamento rigoroso de escalas de plantão e retaguarda médica, sendo boa prática respeitar o limite normativo de permanência nos leitos de acolhimento noturno para não descaracterizar o serviço, evitando o erro comum de utilizar esses leitos como moradia permanente por falha na articulação de vagas residenciais.

Aula 4.3: CAPS Infantojuvenil (CAPS i) e Especificidades do Cuidado O **Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS i)** é o serviço especializado destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes, bem como aqueles com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas, indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes. Tecnicamente, o cuidado no CAPS i fundamenta-se na compreensão do sujeito em desenvolvimento, respeitando os preceitos do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei Federal 8.069 de 1990) e integrando dimensões clínicas, educacionais, familiares e lúdicas.

Na operacionalização prática, as intervenções terapêuticas privilegiam o brincar, as oficinas expressivas, o acompanhamento escolar e o suporte sistemático aos pais e cuidadores, abrangendo casos como autismo grave, psicoses infantis, depressão grave com risco de suicídio e situações de violência complexa. Um exemplo real de atuação intersetorial é a realização de reuniões periódicas entre os técnicos de referência do CAPS i, a equipe pedagógica da escola municipal e o Conselho Tutelar para construir adaptações curriculares e estratégias de inclusão escolar. O impacto profissional requer formação específica em desenvolvimento infantil e abordagem familiar, adotando como boa prática a escuta ativa da própria criança ou adolescente como sujeito de direitos e evitando o erro comum da patologização e medicalização excessiva de dificuldades escolares ou comportamentais próprias da infância.

Aula 4.4: CAPS Álcool e Outras Drogas (CAPS ad e CAPS ad III) O **CAPS Álcool e Outras Drogas (CAPS ad)** e sua modalidade de funcionamento vinte e quatro horas (**CAPS ad III**) são serviços especializados voltados ao atendimento integral de pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso prejudicial de álcool, crack e outras drogas. Tecnicamente, o CAPS ad é indicado para municípios com população acima de setenta mil habitantes, enquanto o CAPS ad III atende populações acima de cento e cinquenta mil habitantes, dispondo de oito a doze leitos de observação e acolhimento noturno para manejo de síndromes de abstinência leve a moderada, intoxicações e situações de crise psicossocial.

Na aplicação prática, esses serviços operam sob a ética da redução de danos e da clínica ampliada, ofertando desde cuidados clínicos básicos, hidratação, alimentação e higiene até psicoterapia, grupos operativos, oficinas de geração de renda e articulação com Unidades de Acolhimento. Um exemplo real é o acompanhamento de um usuário em uso intenso de crack que inicialmente frequenta o serviço apenas para alimentar-se e descansar, construindo gradualmente vínculo com a equipe até engajar-se em um projeto terapêutico estruturado. O impacto para os trabalhadores envolve superar visões moralistas ou proibicionistas sobre o consumo de substâncias, mantendo como boa prática o acolhimento incondicional independentemente de o usuário estar sob efeito de substâncias no momento da chegada, e evitando o erro comum de

impor a abstinência total como pré-requisito para o acesso ao tratamento.

Aula 4.5: Equipe Multiprofissional, Técnico de Referência e Ambiência O processo de trabalho nos CAPS estrutura-se a partir da **interdisciplinaridade**, superando a fragmentação das especialidades médicas e não médicas por meio da instituição da figura do **Técnico de Referência (TR)** e da gestão coletiva da **ambiência**. Tecnicamente, o Técnico de Referência é um profissional de nível superior da equipe multiprofissional (psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, médico ou fonoaudiólogo) designado para monitorar de forma singularizada o Projeto Terapêutico Singular de um grupo restrito de usuários, articulando a equipe, a família e os demais pontos da rede.

Na prática diária, a ambiência refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que proporciona atenção acolhedora, resolutiva e humana, integrando atividades livres, refeições compartilhadas e circulação espontânea. Um exemplo real é a atuação do Técnico de Referência que percebe o afastamento de um usuário das oficinas semanais, aciona o agente comunitário de saúde da UBS do território para uma visita domiciliar conjunta e repactua o plano de cuidados com a família. O impacto profissional demanda corresponsabilização clínica e horizontalidade entre os saberes, sendo boa prática distribuir os casos conforme o vínculo estabelecido durante o acolhimento e evitar o erro comum de concentrar todas as decisões clínicas na figura do médico psiquiatra

ou sobrecarregar um único técnico com número excessivo de usuários de referência.

Módulo 5: Atenção de Urgência e Emergência e Manejo da Crise

Aula 5.1: Conceito de Crise em Saúde Mental e Clínica da Urgência
A **crise em saúde mental** define-se como um momento complexo de ruptura na organização psíquica, relacional e social do sujeito, no qual os mecanismos habituais de enfrentamento mostram-se insuficientes diante de experiências internas ou externas intensas. Tecnicamente, a clínica da urgência na RAPS compreende a crise não apenas como um conjunto de sintomas psicopatológicos a serem suprimidos quimicamente, mas como uma expressão subjetiva carregada de sentido que demanda acolhimento continente, proteção e mediação relacional.

Na operacionalização prática dos serviços, o manejo da crise prioriza intervenções no próprio território, por meio dos CAPS e da Atenção Primária, acionando os pontos de Atenção de Urgência e Emergência (SAMU 192, Unidades de Pronto Atendimento - UPA 24h e portas hospitalares de urgência) quando há risco clínico iminente, agitação psicomotora grave ou necessidade de suporte médico intensivo. Um exemplo real é o acionamento conjunto entre a equipe do CAPS e o SAMU 192 para atender um usuário em episódio maníaco grave em sua residência, utilizando abordagem verbal tranquila e negociação para transportá-lo ao serviço de referência sem uso de força policial. O impacto para os trabalhadores exige controle emocional e capacitação técnica em

comunicação não violenta, adotando como boa prática a garantia de ambiente calmo com poucos estímulos sensoriais durante o atendimento e evitando o erro comum de acionar automaticamente a polícia militar para situações clínicas de sofrimento psíquico.

Aula 5.2: Protocolos de Acolhimento com Classificação de Risco em Saúde Mental O **Acolhimento com Classificação de Risco em Saúde Mental** constitui uma tecnologia relacional e clínica destinada a organizar o fluxo de atendimento nos serviços de porta aberta e urgência, priorizando os casos segundo a gravidade clínica e a vulnerabilidade psicossocial, e não pela ordem de chegada. Tecnicamente, protocolos validados, como adaptações do Sistema Manchester de Classificação de Risco e diretrizes ministeriais específicas, avaliam parâmetros objetivos e subjetivos: risco de suicídio ou autoagressão, risco de heteroagressão, nível de agitação psicomotora, presença de sintomas psicóticos agudos, estado de intoxicação ou abstinência grave e existência de rede de suporte social.

Na aplicação prática, a classificação organiza o atendimento em níveis de prioridade (emergência imediata, muito urgente, urgente, pouco urgente e não urgente), garantindo que um paciente com ideação suicida estruturada ou síndrome de abstinência alcoólica grave seja avaliado imediatamente pela equipe médica e de enfermagem. Um exemplo real é a utilização de fluxogramas de classificação de risco nas UPA 24h integradas à RAPS, que orientam a estabilização clínica inicial e a comunicação direta com o CAPS de referência do usuário para continuidade do cuidado após

a alta. O impacto profissional exige rigor na avaliação semiológica e registro detalhado em prontuário, sendo boa prática realizar a escuta em sala reservada para preservar a privacidade e evitar o erro comum de subestimar queixas psíquicas em prontos-socorros gerais rotulando o usuário como poliqueixoso ou simulador.

Aula 5.3: Manejo Não Coercitivo, Desescalonamento Verbal e Contenção O **desescalonamento verbal** representa a intervenção de primeira escolha diante de quadros de agitação psicomotora, hostilidade ou ameaça de agressividade nos serviços de saúde, fundamentando-se em técnicas estruturadas de comunicação empática e redução de tensão. Tecnicamente, a abordagem segue princípios claros: manter distância segura e postura corporal aberta não ameaçadora, apresentar-se de forma calma, validar o sofrimento emocional sem confrontar delírios, oferecer escolhas simples para devolver sensação de controle ao usuário e estabelecer limites claros de segurança sem tom punitivo.

Na prática assistencial, a **contenção física ou mecânica** constitui medida excepcional de último recurso, estritamente indicada apenas quando todas as tentativas de desescalonamento verbal e manejo ambiental falharem e houver risco iminente e comprovado de dano físico grave ao próprio usuário ou a terceiros. Um exemplo real de aplicação ética é o protocolo regulamentado pela Resolução COFEN nº 427 de 2012 e pela Resolução CFM nº 2.057 de 2013, que exigem prescrição médica formal, justificativa clínica em prontuário, monitoramento contínuo dos sinais vitais e da perfusão periférica a cada quinze minutos, e retirada imediata assim que

cessar o risco agudo. O impacto para a equipe exige treinamento periódico simulado, adotando como boa prática a revisão pós-incidente com toda a equipe e com o próprio usuário após a estabilização, e evitando o erro comum de utilizar contenção mecânica como rotina por falta de pessoal ou como punição disciplinar.

Aula 5.4: Articulação entre SAMU 192, UPA 24h e Serviços Territoriais A **integração operacional entre o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e os CAPS** é essencial para evitar a fragmentação do cuidado e o fenômeno da porta giratória nas urgências psiquiátricas. Tecnicamente, essa articulação depende de protocolos municipais ou regionais pactuados que estabelecem canais diretos de comunicação entre as centrais de regulação das urgências e as equipes territoriais, compartilhamento de informações clínicas relevantes e fluxos ágeis de contrarreferência.

Na aplicação prática, quando o SAMU 192 é acionado para uma ocorrência psiquiátrica de um usuário já acompanhado pelo CAPS, a central de regulação pode consultar a equipe de referência para obter informações sobre medicações em uso, estratégias que costumam acalmá-lo e contatos familiares, direcionando o transporte diretamente para o CAPS III quando não há emergência clínica orgânica associada. Um exemplo real é a implantação de fichas de transição do cuidado nas UPA 24h que notificam eletronicamente o CAPS do território sempre que um morador da área recebe atendimento de urgência por crise psíquica ou tentativa

de suicídio. O impacto profissional demanda superação das barreiras institucionais entre urgência e atenção básica/especializada, sendo boa prática realizar reuniões periódicas de alinhamento de fluxo entre coordenadores de UPA, SAMU e CAPS, e evitando o erro comum de dar alta hospitalar ou de UPA sem agendamento ou contato prévio com o serviço territorial.

Aula 5.5: Diagnóstico Diferencial entre Urgências Clínicas e Psiquiátricas O **diagnóstico diferencial rigoroso** nas portas de urgência e nos serviços de saúde mental é indispensável para identificar condições médicas gerais que mimetizam ou desencadeiam alterações agudas do comportamento, do humor ou da sensopercepção. Tecnicamente, quadros como delirium secundário a infecções urinárias ou pulmonares em idosos, hipoglicemia, encefalopatias metabólicas, traumatismo cranioencefálico, crises epilépticas parciais complexas, intoxicações exógenas e distúrbios hidroeletrolíticos podem apresentar-se inicialmente com agitação psicomotora, confusão mental, alucinações ou mutismo.

Na prática clínica, a avaliação inicial de qualquer alteração comportamental aguda exige anamnese dirigida, verificação completa de sinais vitais, glicemia capilar, exame físico sumário e exames laboratoriais básicos antes de atribuir o quadro exclusivamente a um transtorno psiquiátrico primário. Um exemplo real frequente ocorre quando um paciente com histórico de transtorno bipolar chega agitado e desorientado à UPA, mas a avaliação clínica identifica infecção sistêmica grave com delirium

hiperativo, cujo tratamento exige antibioticoterapia imediata em hospital geral e não internação psiquiátrica. O impacto para médicos e enfermeiros reside na responsabilidade diagnóstica integral, adotando como boa prática a investigação sistemática de causas orgânicas em todo primeiro episódio psicótico ou alteração súbita de comportamento em idosos, e evitando o erro comum do viés diagnóstico pelo qual toda queixa física de um paciente psiquiátrico é atribuída ao seu transtorno mental.

Módulo 6: Atenção Hospitalar e Leitos em Hospital Geral

Aula 6.1: O Papel dos Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral na RAPS Os **Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral** constituem o ponto de atenção estratégico do componente Atenção Hospitalar da RAPS, criados para substituir progressivamente os leitos em hospitais psiquiátricos especializados e integrar o cuidado psiquiátrico à medicina geral. Tecnicamente, a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3 de 2017 estabelece que os hospitais gerais devem implantar enfermarias ou leitos especializados de saúde mental, garantindo suporte clínico integral para situações de crise aguda que demandem cuidado hospitalar de curta permanência.

Na operacionalização prática, a internação em hospital geral reduz o estigma associado ao tratamento psiquiátrico, assegura acesso imediato a exames diagnósticos e interconsultas clínicas e mantém o usuário próximo de sua comunidade e rede familiar. Um exemplo real é a internação por sete dias de um usuário com depressão grave e recusa alimentar persistente em uma enfermaria de saúde

mental de hospital geral, onde recebe suporte nutricional, ajuste farmacológico e acompanhamento diário articulado com o CAPS de origem. O impacto para as equipes hospitalares envolve a capacitação de profissionais generalistas para lidar com o sofrimento psíquico sem preconceitos, adotando como boa prática a visita conjunta da equipe do CAPS ao usuário internado durante a hospitalização e evitando o erro comum de manter pacientes psiquiátricos isolados em quartos trancados ou sem direito a acompanhante quando indicado.

Aula 6.2: Critérios de Internação Breve, Acompanhamento e Alta Planejada A **internação psiquiátrica breve** na RAPS obedece rigorosamente aos critérios da Lei Federal 10.216 de 2001, sendo indicada exclusivamente quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes para proteger a integridade física do usuário ou estabilizar quadros clínicos agudos graves. Tecnicamente, a internação deve ter duração estritamente necessária à reversão do quadro agudo, evitando permanências prolongadas que geram perda de autonomia e ruptura dos vínculos comunitários.

Na prática assistencial, a **alta planejada** inicia-se desde o primeiro dia de internação, por meio da comunicação imediata entre a equipe hospitalar e o técnico de referência do CAPS ou da UBS do território para alinhar as condições de retorno ao domicílio. Um exemplo real é a realização da reunião de pré-alta no hospital geral com a presença do usuário, de seus familiares, do médico hospitalar e do técnico de referência do CAPS, definindo a data da

primeira consulta pós-alta, a dispensação inicial dos medicamentos e o plano de acompanhamento intensivo na primeira semana. O impacto operacional exige corresponsabilização entre hospital e território, sendo boa prática garantir que nenhum usuário deixe o hospital sem prescrição legível, resumo de alta detalhado e retorno agendado em até setenta e duas horas no serviço territorial, evitando o erro comum da alta administrativa abrupta que resulta em reinternação precoce.

Aula 6.3: Interconsulta Psiquiátrica e Saúde Mental no Hospital Geral A **interconsulta psiquiátrica e psicológica no hospital geral** constitui atividade técnico-assistencial voltada ao atendimento de pacientes internados em enfermarias clínicas, cirúrgicas, obstétricas ou unidades de terapia intensiva que apresentam sofrimento psíquico agudo, transtornos mentais prévios ou dificuldades de adaptação ao adoecimento orgânico. Tecnicamente, o interconsultor atua tanto na avaliação diagnóstica e terapêutica direta do paciente quanto no apoio técnico-pedagógico à equipe assistencial do setor, mediando conflitos na relação equipe-paciente-família.

Na aplicação prática, a interconsulta aborda situações complexas como delirium pós-operatório, depressão associada a doenças oncológicas ou renais crônicas, ideação suicida em enfermaria clínica, manejo de abstinência alcoólica em pacientes traumatizados e apoio ao luto perinatal. Um exemplo real é a atuação do serviço de interconsulta junto à equipe de clínica médica para manejar o quadro de abstinência alcoólica de um paciente internado por

pneumonia, instituindo protocolo medicamentoso preventivo de delirium tremens e articulando seu encaminhamento ao CAPS ad após a cura da infecção. O impacto profissional demanda habilidades de comunicação interdisciplinar em ambiente biomédico tradicional, adotando como boa prática a discussão presencial do caso com a equipe de enfermagem e médicos assistentes da enfermaria, e evitando o erro comum de limitar a interconsulta a um parecer escrito impessoal no prontuário eletrônico.

Aula 6.4: Processo de Descredenciamento e Substituição de Hospitais Psiquiátricos O **processo histórico de redução e substituição progressiva de leitos em hospitais psiquiátricos especializados** constitui diretriz estruturante da Política Nacional de Saúde Mental, regulamentada por normativas como o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar (PNASH/Psiquiatria) e o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS (PRH). Tecnicamente, o fechamento programado de leitos asilares é condicionado à implantação prévia e concomitante de serviços substitutivos territoriais (CAPS III, Serviços Residenciais Terapêuticos e leitos em hospitais gerais) e ao realocamento dos recursos financeiros da atenção hospitalar para o custeio da rede comunitária.

Na prática da gestão pública, o processo envolve vistorias sanitárias conjuntas entre vigilância sanitária, controle social e Ministério Público para avaliar condições de habitabilidade, projeto terapêutico, respeito aos direitos humanos e tempo de permanência dos internos. Um exemplo real amplamente documentado é o

processo de desinstitucionalização realizado nos municípios de Sorocaba e região, no estado de São Paulo, a partir de termo de ajustamento de conduta firmado com o Ministério Público, que promoveu o fechamento gradual de grandes hospitais psiquiátricos e a transferência dos moradores para dezenas de residências terapêuticas. O impacto para gestores e trabalhadores reside na complexidade logística e clínica da transição de pessoas institucionalizadas há décadas, sendo boa prática realizar o censo psicossocial individualizado de cada interno antes do fechamento da instituição e evitar o erro comum de fechar hospitais sem garantir financiamento e equipes estruturadas no território.

Aula 6.5: Aspectos Éticos e Legais das Internações Voluntária, Involuntária e Compulsória O ordenamento jurídico brasileiro estabelece rigorosa distinção entre as três modalidades de internação psiquiátrica previstas no artigo 6º da Lei Federal 10.216 de 2001, visando proteger a liberdade individual contra arbitrariedades. Tecnicamente, a **internação voluntária** ocorre com o consentimento livre e esclarecido do usuário, que assina termo de admissão e pode solicitar sua alta a qualquer momento; a **internação involuntária** dá-se sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro (geralmente familiar ou responsável legal), mediante laudo médico circunstanciado; e a **internação compulsória** é determinada exclusivamente pela Justiça, por juiz competente, igualmente fundamentada em laudo médico que ateste a necessidade clínica e a insuficiência de recursos extra-hospitalares.

Na operacionalização prática, a Lei Federal 13.840 de 2019 introduziu regras específicas sobre internação involuntária de dependentes químicos, reiterando a exigência de avaliação por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do estado onde se localize o estabelecimento, o prazo máximo de noventa dias para desintoxicação e a obrigatoriedade de comunicação ao Ministério Público, à Defensoria Pública e aos órgãos de fiscalização em até setenta e duas horas. Um exemplo real da aplicação correta ocorre quando o diretor técnico de um hospital geral notifica eletronicamente o Ministério Público no ato da admissão involuntária e novamente no momento da alta hospitalar. O impacto profissional exige cumprimento estrito dos prazos legais e registro documental impecável, adotando como boa prática a revisão diária da necessidade de manutenção do regime involuntário visando sua conversão em voluntário ou alta hospitalar, e evitando o erro comum de aceitar ordens judiciais ou pedidos familiares de internação de longa permanência sem indicação clínica atualizada.

Módulo 7: Atenção Residencial Transitória e Desinstitucionalização

Aula 7.1: Unidades de Acolhimento Adulto e Infantojuvenil (UAA e UAi) As **Unidades de Acolhimento (UA)** integram o componente Atenção Residencial de Caráter Transitório da RAPS, oferecendo acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas que apresentem acentuada vulnerabilidade social ou familiar e

demandem acompanhamento terapêutico e protetivo. Tecnicamente, subdividem-se em **Unidade de Acolhimento Adulto (UAA)**, destinada a maiores de dezoito anos com capacidade de dez a quinze vagas, e **Unidade de Acolhimento Infantojuvenil (UAi)**, voltada a crianças e adolescentes de dez a dezoito anos incompletos com até dez vagas, ambas vinculadas diretamente a um CAPS ad de referência e com tempo de permanência transitório de até seis meses.

Na aplicação prática, a Unidade de Acolhimento funciona em regime residencial aberto, semelhante a uma casa comum inserida na comunidade, onde os moradores participam da organização doméstica, mantêm seus estudos ou atividades de trabalho e recebem acompanhamento intensivo da equipe do CAPS ad. Um exemplo real é o acolhimento de um jovem em situação de rua que iniciou tratamento no CAPS ad III, estabilizou seu quadro clínico e ingressou na UAA por quatro meses enquanto reconstrói vínculos familiares e realiza curso profissionalizante. O impacto operacional exige articulação estreita entre a equipe de cuidadores da UA e os técnicos de referência do CAPS ad, sendo boa prática construir o plano de saída e autonomia desde o ingresso na unidade e evitar o erro comum de impor regras rígidas de confinamento semelhantes às de instituições fechadas.

Aula 7.2: Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT Tipo I e Tipo II)
Os **Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)** são moradias inseridas na comunidade, destinadas a cuidar de pessoas com transtornos mentais graves egressas de internações psiquiátricas

de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos) ou de hospitais de custódia, que não possuam suporte familiar ou laços sociais suficientes para garantir espaço adequado de moradia. Tecnicamente, a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3 de 2017 classifica os SRT em duas modalidades: o **SRT Tipo I**, destinado a pessoas com maior grau de autonomia, abrigando até oito moradores com suporte de cuidadores de referência; e o **SRT Tipo II**, voltado a pessoas com acentuado nível de dependência física ou psíquica que demandam cuidados intensivos contínuos, abrigando até dez moradores com equipe ampliada de cuidadores e técnicos de enfermagem vinte e quatro horas.

Na prática cotidiana, o SRT não é um serviço de saúde no sentido clínico tradicional, mas uma casa genuína onde o cuidado terapêutico consiste em apoiar os moradores na reapropriação dos gestos da vida diária, como escolher suas roupas, administrar seu dinheiro, preparar refeições e circular pelo bairro. Um exemplo real é a adaptação de uma residência alugada pelo município em um bairro residencial comum, onde seis ex-internos de um hospital psiquiátrico passam a residir com apoio diário de cuidadores treinados e vinculação clínica ao CAPS do território. O impacto para os trabalhadores envolve transformar a lógica hospitalar de controle em ética do habitar, adotando como boa prática o respeito à privacidade dos quartos e às escolhas individuais dos moradores, e evitando o erro comum de reproduzir rotinas manicomiais como horários rígidos padronizados para banho, alimentação ou visitas.

Aula 7.3: Programa de Volta para Casa (PVC) e Autonomia Financeira O **Programa de Volta para Casa (PVC)**, instituído pela Lei Federal 10.708 de 31 de julho de 2003, constitui uma das principais estratégias de desinstitucionalização da RAPS, garantindo o pagamento de um auxílio-reabilitação psicossocial mensal diretamente aos beneficiários egressos de longas internações psiquiátricas. Tecnicamente, o benefício tem caráter indenizatório e reabilitador, é depositado em conta bancária aberta em nome do próprio beneficiário, possui duração inicial de um ano com possibilidade de renovação sempre que necessário aos fins de reintegração social e não impede o acúmulo com o Benefício de Prestação Continuada (BPC/LOAS).

Na operacionalização prática, a equipe do CAPS ou do SRT apoia o beneficiário na obtenção de documentos civis básicos (certidão de nascimento, carteira de identidade e CPF), na abertura da conta bancária e no aprendizado progressivo sobre o uso consciente e autônomo do próprio dinheiro. Um exemplo real é o acompanhamento realizado por um terapeuta ocupacional que acompanha o morador do SRT ao banco e ao comércio local para que ele próprio realize saques, pague suas compras e gerencie suas economias pessoais. O impacto para os profissionais exige compromisso com o resgate da cidadania e do poder contratual do sujeito, sendo boa prática estimular a gestão pessoal dos recursos conforme as possibilidades de cada usuário e evitar o erro comum de reter cartões bancários ou administrar coletivamente o dinheiro dos moradores sem transparência e consentimento.

Aula 7.4: Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e a Política Antimanicomial no Judiciário A interface entre saúde mental e sistema de justiça ganhou novo marco histórico com a publicação da **Resolução CNJ nº 487, de 15 de fevereiro de 2023**, pelo Conselho Nacional de Justiça, que instituiu a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabeleceu procedimentos para o tratamento das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. Tecnicamente, a normativa determina o fechamento progressivo dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) e alas psiquiátricas prisionais, determinando que o cumprimento de medidas de segurança ocorra preferencialmente em meio aberto, sob acompanhamento singularizado da RAPS, em conformidade com a Lei Federal 10.216 de 2001.

Na aplicação prática, as Equipes de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP), vinculadas ao SUS, atuam como conectores entre o juízo criminal e os serviços territoriais, elaborando projetos terapêuticos singulares para desinstitucionalização de internos de HCTPs. Um exemplo real é a transferência de um indivíduo internado há quinze anos em manicômio judiciário por delito leve para um Serviço Residencial Terapêutico municipal, com acompanhamento clínico regular pelo CAPS e monitoramento periódico pela equipe EAP junto ao juízo de execução. O impacto para os profissionais da RAPS exige superar o duplo estigma da loucura e da periculosidade presumida, adotando como boa prática o trabalho articulado com a Defensoria

Pública e o Ministério Público, e evitando o erro comum de recusar o acolhimento territorial de pessoas egressas do sistema prisional.

Aula 7.5: Comunidades Terapêuticas e Debates Regulatórios na Rede Pública O debate técnico e sanitário sobre as **Comunidades Terapêuticas** no âmbito das políticas públicas sobre drogas envolve análises rigorosas quanto ao alinhamento com os princípios da Reforma Psiquiátrica e da RAPS. Tecnicamente, as comunidades terapêuticas são entidades privadas, frequentemente de orientação religiosa, que operam em regime residencial fechado ou semiaberto baseado na abstinência total e na laborterapia, sendo fiscalizadas sanitariamente pela Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA (RDC nº 29 de 2011) e não integrando a rede pública estatal de serviços de saúde do SUS.

Na prática da gestão e da clínica, relatórios de inspeção nacional conduzidos pelo Conselho Federal de Psicologia, Ministério Público Federal e Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura apontaram graves riscos de violações de direitos humanos em instituições fechadas sem equipe técnica de saúde, tais como restrição de liberdade, trabalho não remunerado, imposição religiosa e ausência de projeto terapêutico individualizado. Um exemplo real da atuação técnica recomendada na RAPS ocorre quando um usuário ou familiar solicita vaga em instituição fechada, e a equipe do CAPS ad realiza acolhimento qualificado apresentando as alternativas públicas territoriais baseadas em evidências científicas, como o próprio CAPS ad III e as Unidades de Acolhimento. O impacto para trabalhadores da saúde exige clareza

ética e técnica sobre as diretrizes do SUS, mantendo como boa prática a priorização dos dispositivos públicos de cuidado em liberdade e evitando o erro comum de terceirizar a responsabilidade clínica do Estado para instituições privadas isoladas do território.

Módulo 8: Projeto Terapêutico Singular e Clínica Ampliada

Aula 8.1: Conceito e Etapas do Projeto Terapêutico Singular (PTS)
O **Projeto Terapêutico Singular (PTS)** é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Tecnicamente, o PTS supera a prescrição médica tradicional ao considerar o sujeito em sua integralidade biopsicossocial, estruturando-se em quatro momentos dinâmicos e não lineares: diagnóstico situacional integral, definição de metas de curto, médio e longo prazo, divisão de responsabilidades entre equipe, usuário e família, e reavaliação periódica contínua.

Na aplicação prática, o diagnóstico situacional no PTS não se restringe à classificação nosológica (CID-10 ou CID-11), mas investiga as potencialidades do sujeito, sua história de vida, rede afetiva, condições de moradia, trabalho, lazer e relação com o território. Um exemplo real é a construção do PTS de uma usuária com transtorno afetivo bipolar grave, definindo como meta de curto prazo a estabilização do sono e organização medicamentosa com apoio da enfermagem, como meta de médio prazo a retomada do contato com os filhos mediada pelo serviço social, e como meta de longo prazo o ingresso em oficina de economia solidária. O impacto

para os trabalhadores reside na organização racional e transparente do cuidado, adotando como boa prática a construção do PTS em conjunto com o próprio usuário desde o início e evitando o erro comum de elaborar o documento apenas como burocracia administrativa arquivada no prontuário sem conhecimento do sujeito atendido.

Aula 8.2: Clínica Ampliada e Compartilhada no Cotidiano dos Serviços A **Clínica Ampliada e Compartilhada**, sistematizada por Gastão Wagner de Sousa Campos e incorporada à Política Nacional de Humanização (PNH), propõe a ampliação do objeto de trabalho da clínica, deslocando-o da doença isolada para o sujeito concreto portador de enfermidades e sofrimentos em seu contexto social. Tecnicamente, a clínica ampliada reconhece que o saber biomédico é insuficiente para dar conta da complexidade da existência humana, exigindo a articulação entre clínica, saúde coletiva e subjetividade, além do compartilhamento de decisões entre profissionais e usuários.

Na operacionalização cotidiana, praticar a clínica ampliada implica escutar o sentido que o sintoma ocupa na vida da pessoa, negociar estratégias terapêuticas possíveis e aceitar limites técnicos sem abandonar o vínculo. Um exemplo real ocorre quando um usuário com esquizofrenia recusa determinado antipsicótico devido aos efeitos colaterais de ganho de peso e sonolência excessiva, e a equipe negocia com ele a troca gradual da medicação e a inclusão de atividade física orientada, preservando a adesão ao tratamento. O impacto profissional exige flexibilidade clínica e superação do

autoritarismo técnico, sendo boa prática validar a experiência subjetiva do usuário sobre os efeitos dos tratamentos e evitar o erro comum de rotular como "não aderente" ou "resistente" o paciente que questiona prescrições unilaterais.

Aula 8.3: Genograma, Ecomapa e Ferramentas de Abordagem Familiar O **genograma** e o **ecomapa** são instrumentos gráficos padronizados de avaliação sistêmica amplamente utilizados na Atenção Primária e nos CAPS para mapear a estrutura interna da família e suas conexões com a rede de apoio comunitária e institucional. Tecnicamente, o genograma representa a árvore genealógica de pelo menos três gerações, registrando vínculos afetivos, conflitos, rupturas, perdas significativas, padrões transgeracionais de adoecimento e histórico de transtornos mentais ou uso de substâncias, enquanto o ecomapa diagrama as relações do núcleo familiar com equipamentos externos como escola, trabalho, igreja, serviços de saúde, assistência social e vizinhança, indicando a direção e a intensidade dos fluxos de energia e suporte.

Na prática assistencial, a construção participativa dessas ferramentas durante atendimentos familiares ou visitas domiciliares permite que a própria família visualize seus recursos protetivos e pontos de sobrecarga. Um exemplo real é a identificação, por meio do ecomapa, de que uma mãe cuidadora de um jovem com autismo grave possui vínculo forte apenas com o CAPS i, encontrando-se isolada de familiares e serviços de lazer, o que orienta a equipe a incluir estratégias de cuidado ao cuidador no PTS. O impacto operacional enriquece a compreensão relacional dos casos

complexos, adotando como boa prática atualizar o ecomapa a cada seis meses para avaliar a ampliação da rede social do usuário e evitando o erro comum de culpabilizar a família pelo adoecimento psíquico de um de seus membros.

Aula 8.4: Grupos Terapêuticos, Oficinas Expressivas e Assembleia de Usuários Os **dispositivos grupais** constituem pilares metodológicos da atenção psicossocial, operando como espaços protegidos de troca de experiências, elaboração simbólica, aprendizado social e exercício da cidadania. Tecnicamente, diferenciam-se em **grupos terapêuticos** (focados na escuta verbal e elaboração psíquica coordenados por profissionais habilitados), **oficinas terapêuticas e expressivas** (mediadas por atividades como pintura, música, escrita, culinária, horticultura ou artesanato para produção de subjetividade e habilidades) e **assembleias de usuários, familiares e trabalhadores** (espaços deliberativos horizontais de cogestão do cotidiano institucional).

Na aplicação prática, as assembleias semanais nos CAPS discutem desde a qualidade da alimentação e a organização dos espaços físicos até propostas de passeios culturais e reivindicações junto à gestão municipal de saúde. Um exemplo real de sucesso na RAPS brasileira é a experiência das rádios comunitárias e jornais produzidos por usuários em oficinas de comunicação, que promovem protagonismo público e desconstrução do estigma social. O impacto para os trabalhadores envolve desenvolver competências de coordenação grupal e manejo de conflitos coletivos, sendo boa prática planejar os objetivos terapêuticos de

cada oficina em consonância com os PTS dos participantes e evitar o erro comum de conduzir oficinas apenas como entretenimento ocupacional vazio de sentido clínico ou construtivo.

Aula 8.5: Gestão Autônoma da Medicação (GAM) e Uso Racional de Psicofármacos A estratégia de **Gestão Autônoma da Medicação (GAM)**, originalmente desenvolvida no Canadá e adaptada e validada no Brasil por universidades públicas em parceria com serviços do SUS, visa promover o protagonismo e a cogestão dos usuários no uso de medicamentos psiquiátricos. Tecnicamente, a GAM baseia-se na utilização coletiva do Guia GAM em grupos compostos por usuários e trabalhadores, abordando temas como os efeitos terapêuticos e adversos dos psicofármacos, os direitos dos usuários em saúde mental, a qualidade de vida e as formas de dialogar assertivamente com a equipe médica.

Na prática clínica, a GAM não prega a suspensão indiscriminada de medicamentos, mas combate a medicalização acrítica e a polifarmácia iatrogênica, qualificando o consentimento informado e a corresponsabilidade pelo tratamento. Um exemplo real é a realização de grupos GAM semanais em um CAPS II, nos quais os participantes identificam efeitos colaterais como discinesia tardia, sedação diurna ou alterações metabólicas, levando essas observações estruturadas para a consulta médica compartilhada com seu técnico de referência. O impacto para prescritores e equipes multiprofissionais consiste na democratização do saber farmacológico, adotando como boa prática a revisão periódica das

prescrições para evitar duplicidades e doses excessivas, e evitando o erro comum de aumentar doses de psicofármacos automaticamente diante de qualquer crise existencial ou conflito social do usuário.

Módulo 9: Apoio Matricial e Articulação Interprofissional

Aula 9.1: Fundamentos Teóricos e Metodológicos do Apoio Matricial

O **Apoio Matricial (matriciamento)**, formulado por Gastão Wagner de Sousa Campos, constitui um arranjo organizacional e uma metodologia de trabalho interprofissional que visa assegurar retaguarda especializada tanto assistencial quanto técnico-pedagógica às equipes de referência responsáveis pela atenção de problemas de saúde no território. Tecnicamente, o matriciamento rompe com a lógica burocrática tradicional dos encaminhamentos verticais e da transferência de responsabilidade, substituindo-a pela personalização das relações entre especialistas e generalistas e pela construção conjunta de diretrizes clínicas e sanitárias.

Na aplicação prática na RAPS, os profissionais especializados dos CAPS atuam como apoiadores matriciais junto às equipes de Saúde da Família das UBS de sua área de abrangência, ampliando a capacidade resolutiva da Atenção Primária em saúde mental. Um exemplo real é a pactuação de reuniões mensais de matriciamento entre um CAPS II e quatro Unidades Básicas de Saúde, onde são discutidos casos compartilhados, esclarecidas dúvidas sobre manejo medicamentoso e definidas intervenções conjuntas no território. O impacto para trabalhadores de ambos os níveis de atenção reside na qualificação permanente em serviço, adotando

como boa prática a horizontalidade dialógica entre apoiador e equipe apoiada, e evitando o erro comum de transformar o espaço de matriciamento em uma triagem burocrática para encaminhar pacientes ao CAPS.

Aula 9.2: Dimensões Assistencial e Técnico-Pedagógica do Matriciamento O apoio matricial opera simultaneamente em duas dimensões complementares e indissociáveis: a **dimensão assistencial** e a **dimensão técnico-pedagógica**. Tecnicamente, a dimensão assistencial refere-se à produção de ação clínica direta sobre os usuários (como consultas conjuntas, visitas domiciliares compartilhadas ou intervenções em crise realizadas em parceria), enquanto a dimensão técnico-pedagógica consiste na produção de apoio educativo com e para a equipe de referência, ampliando o repertório teórico e prático dos profissionais generalistas para lidar com situações semelhantes no futuro.

Na operacionalização cotidiana, cada intervenção assistencial compartilhada deve ser utilizada como oportunidade pedagógica de reflexão sobre o raciocínio clínico, as ferramentas de abordagem familiar e o manejo farmacológico. Um exemplo real ocorre quando um psiquiatra e um psicólogo do CAPS realizam uma consulta conjunta com um médico de família e uma enfermeira na UBS para avaliar um paciente com depressão refratária, discutindo antes e depois do atendimento os critérios diagnósticos, as interações medicamentosas e as estratégias psicossociais aplicáveis. O impacto profissional manifesta-se na redução gradual da insegurança clínica das equipes da Atenção Primária, sendo boa

prática registrar as pactuações do matriciamento nos prontuários de ambos os serviços e evitar o erro comum de o especialista assumir sozinho o atendimento na UBS sem a presença do profissional da equipe de referência.

Aula 9.3: Ferramentas Operacionais: Consulta Conjunta e Visita Domiciliar Compartilhada A **consulta conjunta** e a **visita domiciliar compartilhada** constituem as principais ferramentas operacionais do apoio matricial em território, permitindo a integração real de olhares disciplinares distintos diante da complexidade do caso. Tecnicamente, a consulta conjunta exige planejamento prévio entre os profissionais envolvidos, definição clara de quem conduzirá a entrevista clínica e pactuação pós-consulta para consolidação do projeto terapêutico, enquanto a visita domiciliar compartilhada possibilita observar in loco a dinâmica familiar, as condições ambientais, a organização dos medicamentos e a inserção comunitária do usuário.

Na prática assistencial, essas ferramentas mostram-se especialmente eficazes em situações de difícil acesso, como usuários em isolamento social extremo, quadros psicóticos com recusa de comparecimento aos serviços ou conflitos familiares intensos. Um exemplo real é a visita domiciliar realizada conjuntamente pelo agente comunitário de saúde e enfermeiro da UBS com o assistente social e técnico de enfermagem do CAPS para abordar um morador idoso em situação de acumulação compulsiva e isolamento severo. O impacto para os trabalhadores fortalece o vínculo interinstitucional e a segurança técnica na

tomada de decisão, adotando como boa prática respeitar a privacidade do domicílio e solicitar autorização prévia da família sempre que possível, evitando o erro comum de realizar visitas invasivas em grande número de profissionais que intimidam o usuário.

Aula 9.4: Comunicação Clínica, Prontuário Compartilhado e Contra-referência A continuidade do cuidado longitudinal na RAPS depende diretamente da qualidade da **comunicação clínica entre os pontos de atenção** e da integração dos sistemas de registro em saúde. Tecnicamente, a utilização de prontuários eletrônicos integrados (como o e-SUS APS interligado à rede municipal) ou o envio sistemático de relatórios estruturados de referência e contrarreferência asseguram que informações críticas — como diagnósticos, alergias, esquemas terapêuticos atualizados, exames laboratoriais e contatos de emergência — estejam acessíveis às equipes responsáveis.

Na aplicação prática, a comunicação eficiente previne a duplicidade de prescrições médicas, o abandono silencioso de tratamento e a perda de seguimento após internações ou atendimentos de urgência. Um exemplo real é a implementação de um fluxo municipal informatizado no qual, ao registrar a alta de um usuário de um leito de saúde mental em hospital geral, o sistema gera automaticamente um alerta na agenda da UBS e do CAPS de referência para busca ativa e acolhimento pós-alta. O impacto operacional exige disciplina no registro técnico objetivo, ético e sigiloso, sendo boa prática redigir evoluções claras que explicitem o

plano terapêutico pactuado e evitar o erro comum de encaminhar usuários com bilhetes manuscritos incompletos ou sem contato prévio entre as equipes.

Aula 9.5: Gestão de Conflitos entre Serviços e Corresponsabilização Sanitária As tensões institucionais entre diferentes pontos de atenção da RAPS — frequentemente expressas em disputas sobre "de quem é o paciente" ou recusas de acolhimento sob argumentos de perfil assistencial — constituem um dos maiores desafios operacionais da gestão em rede. Tecnicamente, a **corresponsabilização sanitária** estabelece que nenhum serviço possui monopólio ou exclusividade sobre um usuário, mas que os pontos de atenção compartilham a responsabilidade pelo cuidado conforme o momento clínico e a densidade tecnológica requerida, sob mediação da gestão municipal e dos fóruns colegiados da RAPS.

Na prática cotidiana, os conflitos entre serviços são superados por meio da criação de **Fóruns Permanentes da RAPS** ou Comitês Gestores Locais, espaços periódicos de encontro entre representantes da Atenção Primária, CAPS, UPA, hospital geral, assistência social e controle social para análise de casos sentinela e revisão de fluxos. Um exemplo real é a resolução de impasses entre um CAPS II e um CAPS ad sobre o acompanhamento de um usuário com diagnóstico duplo (esquizofrenia e uso prejudicial de álcool) por meio da pactuação de um PTS compartilhado em reunião de fórum territorial, definindo atribuições complementares para cada serviço. O impacto para gestores e trabalhadores exige

cultura colaborativa orientada pelo interesse do usuário, adotando como boa prática a discussão técnica baseada em evidências e pactos de gestão, e evitando o erro comum de transformar o usuário em objeto de disputa burocrática entre equipes.

Módulo 10: Atenção Integral a Pessoas que Usam Álcool e Outras Drogas

Aula 10.1: Política Nacional sobre Drogas no SUS e Ética do Cuidado A **Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**, consolidada a partir de 2003 e articulada às diretrizes da RAPS, reconhece o consumo prejudicial de substâncias psicoativas como um grave problema de saúde pública que exige abordagem clínica, psicossocial e intersetorial, rompendo com a lógica exclusivamente jurídico-policial e moralista. Tecnicamente, a política fundamenta-se na garantia dos direitos humanos, no respeito à autonomia do cidadão, na territorialização das ações e na oferta de uma rede diversificada de cuidados abertos e comunitários.

Na aplicação prática, os serviços do SUS acolhem qualquer pessoa que busque ajuda ou apresente agravos decorrentes do uso de substâncias, considerando as particularidades farmacológicas de cada droga, os padrões de consumo (uso recreativo, uso nocivo e síndrome de dependência) e os determinantes sociais envolvidos. Um exemplo real é a organização de campanhas de prevenção e cuidado em grandes eventos populares e territórios vulneráveis por equipes de saúde mental e redução de danos, ofertando hidratação, preservativos, orientação clínica e acesso facilitado aos CAPS ad.

O impacto para os trabalhadores envolve a desconstrução de estigmas morais profundamente enraizados na sociedade, adotando como boa prática uma postura clínica acolhedora e livre de julgamentos, e evitando o erro comum de tratar o usuário de substâncias ilícitas como criminoso ou incapaz de tomar decisões sobre sua própria saúde.

Aula 10.2: Estratégias de Redução de Danos na Prática Clínica e Comunitária A **Redução de Danos (RD)** constitui uma abordagem clínica e de saúde pública cientificamente validada que visa minimizar os agravos biológicos, psicológicos, sociais e econômicos associados ao consumo de substâncias psicoativas, sem exigir necessariamente a abstinência imediata como condição prévia para o cuidado. Tecnicamente, a redução de danos reconhece que existem diferentes relações entre os sujeitos e as substâncias, operando por meio de intervenções pragmáticas, de baixa exigência e centradas na proteção da vida, podendo a abstinência ser um dos caminhos possíveis quando desejada e construída pelo próprio usuário.

Na prática clínica e comunitária, as ações de redução de danos incluem desde orientações sobre hidratação, alimentação, não compartilhamento de cachimbos ou seringas, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e hepatites virais, até a substituição gradual por substâncias menos lesivas e a distribuição de kits de prevenção. Um exemplo real é o trabalho dos redutores de danos e equipes de Consultório na Rua junto a usuários de crack em cenas abertas de uso, oferecendo protetores labiais de silicone

para evitar queimaduras e transmissão de doenças infecciosas, construindo vínculo gradual até a vinculação ao CAPS ad. O impacto profissional exige flexibilidade técnica e escuta genuína das metas possíveis para cada sujeito, sendo boa prática celebrar pequenos avanços na proteção à saúde e redução do padrão de consumo, e evitando o erro comum de abandonar ou expulsar do serviço o usuário que apresenta episódios de recaída durante o tratamento.

Aula 10.3: Manejo Clínico da Intoxicação Aguda e Síndromes de Abstinência O **manejo clínico da intoxicação aguda e das síndromes de abstinência** exige protocolos médicos e de enfermagem rigorosos nos serviços de urgência, hospitais gerais e CAPS ad III, devido ao risco de complicações orgânicas potencialmente fatais. Tecnicamente, a **síndrome de abstinência alcoólica (SAA)** demanda atenção prioritária por poder evoluir para convulsões tônico-clônicas generalizadas e **delirium tremens**, exigindo avaliação estruturada por escalas clínicas como a CIWA-Ar, hidratação adequada, administração obrigatória de tiamina (vitamina B1) antes de qualquer aporte de glicose para prevenir a encefalopatia de Wernicke, e uso titulado de benzodiazepínicos sob supervisão médica.

Na operacionalização prática, os quadros leves a moderados de abstinência podem ser manejados com segurança nos leitos de observação dos CAPS ad III com suporte contínuo de enfermagem, enquanto os quadros graves com instabilidade hemodinâmica, febre alta, alucinações intensas ou comorbidades clínicas graves devem

ser imediatamente transferidos para hospital geral. Um exemplo real é a aplicação sistemática do protocolo de reposição de tiamina e monitoramento de sinais vitais em todo usuário alcoolista crônico admitido em acolhimento noturno no CAPS ad III. O impacto para médicos e enfermeiros reside na segurança clínica do paciente, adotando como boa prática a avaliação rigorosa do risco metabólico e neurológico antes de qualquer sedação, e evitando o erro comum de administrar soro glicosado sem tiamina prévia em pacientes etilistas desnutridos.

Aula 10.4: Comorbidades Psiquiátricas e Diagnóstico Duplo O fenômeno do **diagnóstico duplo** — definido como a coexistência de um transtorno mental grave (como esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar ou depressão maior) e um transtorno por uso de substâncias psicoativas no mesmo indivíduo — apresenta elevada prevalência nos serviços da RAPS e exige abordagem clínica integrada. Tecnicamente, a relação entre ambos os quadros é bidirecional: o uso de substâncias pode precipitar episódios psicóticos ou afetivos em indivíduos vulneráveis, enquanto pessoas com transtornos mentais graves frequentemente utilizam álcool ou outras drogas como tentativa disfuncional de automedicação para aliviar sintomas ansiosos, delirantes ou efeitos colaterais de psicofármacos.

Na aplicação prática, o tratamento eficaz do diagnóstico duplo exige abordagem simultânea e integrada por uma mesma equipe ou por equipes altamente articuladas, evitando o modelo sequencial falho que exige a cura de um transtorno antes de tratar o outro. Um

exemplo real é o acompanhamento integrado de um usuário com transtorno afetivo bipolar e dependência de álcool por meio de estabilizador de humor ajustado à função hepática, psicoterapia motivacional e participação em grupos de prevenção de recaída no CAPS ad. O impacto profissional demanda conhecimento aprofundado das interações farmacológicas entre psicotrópicos e substâncias psicoativas, sendo boa prática realizar avaliação diagnóstica longitudinal após período de estabilização clínica para diferenciar sintomas induzidos por substâncias de transtornos primários, e evitando o erro comum de recusar atendimento no CAPS II alegando uso de drogas ou recusar no CAPS ad alegando sintomas psicóticos.

Aula 10.5: Entrevista Motivacional e Prevenção de Recaída A **Entrevista Motivacional (EM)**, desenvolvida por William Miller e Stephen Rollnick, e as estratégias cognitivo-comportamentais de **Prevenção de Recaída** constituem intervenções psicossociais fundamentais baseadas em evidências para o cuidado de pessoas com uso prejudicial de substâncias. Tecnicamente, a entrevista motivacional é um estilo de aconselhamento diretivo e centrado na pessoa que visa explorar e resolver a ambivalência diante da mudança de comportamento, respeitando os estágios de prontidão para a mudança descritos por Prochaska e DiClemente (pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção).

Na prática clínica cotidiana, o profissional utiliza escuta reflexiva, perguntas abertas, afirmação das potencialidades do usuário e evocação de suas próprias razões para mudar, evitando o confronto

direto que gera resistência defensiva. Complementarmente, a prevenção de recaída auxilia o usuário a mapear suas situações de alto risco (gatilhos emocionais, ambientais e sociais), desenvolver habilidades de enfrentamento assertivo e compreender o lapso como evento de aprendizagem dentro do processo terapêutico, e não como fracasso definitivo. Um exemplo real é a realização de sessões individuais e grupais no CAPS ad onde os usuários elaboram um cartão de enfrentamento pessoal com contatos de apoio e estratégias imediatas para momentos de fissura intensa. O impacto para os trabalhadores aprimora a eficácia comunicacional nas consultas, adotando como boa prática adequar a intervenção ao estágio motivacional atual do usuário e evitando o erro comum de prescrever planos rígidos de mudança para quem ainda se encontra em fase de pré-contemplação.

Módulo 11: Saúde Mental Infantojuvenil e Populações Específicas

Aula 11.1: Diretrizes da Política de Saúde Mental Infantojuvenil A **Política Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil** fundamenta-se na doutrina da proteção integral estabelecida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e nas diretrizes do Conselho Nacional de Saúde, reconhecendo crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, dotados de voz, singularidade e responsabilidade subjetiva. Tecnicamente, a política orienta-se pelos princípios do acolhimento universal, do encaminhamento implicado (no qual o serviço que encaminha permanece corresponsável até a efetivação do vínculo no novo ponto de

atenção), da construção permanente da rede intersetorial e da territorialização.

Na aplicação prática, os serviços da RAPS devem organizar espaços físicos e metodologias adequadas às especificidades de cada faixa etária, evitando a mistura inadequada de crianças pequenas com adultos em crise aguda nas salas de espera ou enfermarias. Um exemplo real é a implementação do fluxograma de encaminhamento implicado entre a pediatria da UBS e o CAPS i, garantindo que toda criança identificada com sinais precoces de sofrimento psíquico grave seja acompanhada conjuntamente pelas duas equipes. O impacto para os profissionais exige formação continuada em clínica da infância e adolescência, adotando como boa prática a escuta protegida da criança e do adolescente em separado dos responsáveis quando clinicamente indicado, e evitando o erro comum de tratar os pais como únicos informantes válidos sobre o sofrimento do filho.

Aula 11.2: Cuidado ao Transtorno do Espectro Autista (TEA) na RAPS O cuidado integral às pessoas com **Transtorno do Espectro Autista (TEA)** no SUS é regulamentado pela Lei Federal 12.764 de 2012 (Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista) e pelas Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com TEA do Ministério da Saúde, articulando a RAPS e a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD). Tecnicamente, o acompanhamento demanda identificação precoce na Atenção Primária por meio de instrumentos de triagem do desenvolvimento infantil (como o M-CHAT), avaliação

multiprofissional interdisciplinar e construção de projetos terapêuticos singularizados que integrem fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia, suporte familiar e inclusão escolar.

Na operacionalização prática, os casos de TEA com maior comprometimento comunicacional, comportamental ou sofrimento psíquico intenso são acompanhados nos CAPS i e nos Centros Especializados em Reabilitação (CER), priorizando o desenvolvimento da comunicação funcional, da autonomia nas atividades da vida diária e da mediação sensorial. Um exemplo real é a articulação entre o CAPS i e a escola regular para capacitar professores e cuidadores escolares sobre estratégias de comunicação alternativa e organização de rotinas visuais previsíveis para alunos com autismo. O impacto para as equipes exige superação de abordagens meramente normatizadoras ou exclusivamente medicamentosas, adotando como boa prática o acolhimento e orientação contínua aos familiares cuidadores, e evitando o erro comum de prescrever antipsicóticos para suprimir comportamentos repetitivos sem investigar previamente causas sensoriais, dor física ou falhas na comunicação ambiental.

Aula 11.3: Saúde Mental da Pessoa Idosa e Demências na Rede O envelhecimento populacional brasileiro impõe à RAPS a necessidade de estruturar linhas de cuidado específicas para a **saúde mental da pessoa idosa**, abrangendo tanto os transtornos mentais de início tardio (como depressão geriátrica e transtornos ansiosos) quanto os transtornos neurocognitivos maiores (demências, como a Doença de Alzheimer) e o acompanhamento

de pessoas com transtornos mentais graves que envelheceram. Tecnicamente, o cuidado exige avaliação geriátrica ampla, investigação cuidadosa de causas orgânicas e iatrogenia medicamentosa (polifarmácia), suporte aos familiares cuidadores e articulação estreita entre UBS, equipes multiprofissionais e serviços especializados.

Na prática assistencial, a abordagem das síndromes demenciais prioriza a manutenção da autonomia funcional pelo maior tempo possível, a adaptação ambiental do domicílio para prevenção de quedas e desorientação, a estimulação cognitiva e o manejo não farmacológico dos sintomas psicológicos e comportamentais da demência. Um exemplo real é a realização de grupos psicoeducativos na Atenção Primária destinados a familiares cuidadores de idosos com demência, prevenindo o esgotamento físico e emocional do cuidador e situações de negligência ou violência intrafamiliar. O impacto profissional demanda sensibilidade para distinguir tristeza normativa diante de perdas do envelhecimento de quadros depressivos graves com risco de suicídio, sendo boa prática revisar sistematicamente todas as medicações em uso pelo idoso para evitar anticolinérgicos que agravam o déficit cognitivo, e evitando o erro comum de naturalizar a depressão ou a confusão mental como consequências inevitáveis da velhice.

Aula 11.4: Atenção Psicossocial à População Negra, Indígena e LGBTQIA+ A promoção da **equidade na RAPS** exige reconhecer como o racismo estrutural, a violência colonial contra povos

indígenas e a discriminação por orientação sexual e identidade de gênero atuam como determinantes sociais centrais do sofrimento psíquico e das barreiras de acesso aos serviços de saúde. Tecnicamente, as diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e da Política Nacional de Saúde Integral LGBTQIA+ orientam as equipes a incorporarem o quesito raça/cor, o respeito ao nome social e a competência cultural na anamnese e na construção dos projetos terapêuticos.

Na aplicação prática, o atendimento à população indígena articula as equipes da RAPS com os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e respeita os saberes tradicionais de cura, pajés e lideranças comunitárias, enquanto o cuidado à população negra e LGBTQIA+ exige espaços seguros que validem as vivências de discriminação sem patologizá-las. Um exemplo real é a garantia obrigatória do registro e uso do nome social em todos os prontuários, cartões do SUS e chamadas na recepção dos CAPS e UBS, conforme assegurado pela Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. O impacto para trabalhadores da saúde requer educação permanente sobre direitos humanos e combate aos preconceitos institucionais, adotando como boa prática a inclusão da perspectiva interseccional nas discussões de caso e evitando o erro comum de silenciar experiências de racismo ou transfobia relatadas pelos usuários durante o atendimento clínico.

Aula 11.5: Cuidado a Pessoas em Situação de Violência e Desastres Socioambientais A RAPS desempenha papel estratégico

na atenção psicossocial às **pessoas em situação de violência** (doméstica, sexual, urbana ou institucional) e às populações atingidas por **emergências em saúde pública e desastres socioambientais**, como rompimentos de barragens, enchentes e deslizamentos. Tecnicamente, as intervenções seguem os princípios internacionais dos Primeiros Cuidados Psicológicos (PCP) e das diretrizes do Guia do IASC (Comitê Permanente Interagências) sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências, priorizando a garantia de segurança física, o restabelecimento de redes comunitárias, a escuta acolhedora sem revitimização e a prevenção do desenvolvimento de transtorno de estresse pós-traumático crônico.

Na prática operacional, diante de casos de violência doméstica ou sexual, as equipes da RAPS realizam o acolhimento imediato, a notificação epidemiológica compulsória no SINAN (sem caráter policialesco), o encaminhamento protegido para profilaxia clínica quando necessário e a articulação sigilosa com os serviços da rede de proteção social. Um exemplo real da atuação da RAPS em desastres foi a mobilização integrada de equipes de saúde mental e da Força Nacional do SUS nos municípios atingidos pelos rompimentos das barragens em Mariana e Brumadinho, estruturando plantões psicossociais territoriais e acompanhamento longitudinal das famílias atingidas. O impacto profissional demanda preparo técnico para intervenção em trauma coletivo e cuidado com a saúde mental dos próprios trabalhadores expostos, adotando como boa prática a supervisão clínico-institucional regular das

equipes e evitando o erro comum de forçar vítimas de trauma agudo a relatar detalhadamente os eventos traumáticos contra sua vontade logo após o ocorrido.

Módulo 12: Reabilitação Psicossocial, Trabalho e Intersetorialidade

Aula 12.1: Conceito de Reabilitação Psicossocial e Poder Contratual

A **Reabilitação Psicossocial**, sistematizada teoricamente por Benedetto Saraceno, define-se não como uma técnica de adaptação passiva do indivíduo às normas sociais vigentes, mas como um processo de reconstrução do exercício pleno da cidadania e de ampliação do **poder contratual** do sujeito em três cenários fundamentais: o habitar, a rede social e o trabalho com valor social. Tecnicamente, o poder contratual refere-se à capacidade reconhecida de um indivíduo realizar trocas materiais, afetivas e simbólicas na sociedade, poder este historicamente anulado pelo estigma da doença mental e pela tutela asilar.

Na aplicação prática, os serviços da RAPS operam a reabilitação psicossocial transformando o cotidiano dos serviços e promovendo a circulação efetiva dos usuários pelos espaços comuns da cidade, como bibliotecas, centros esportivos, cinemas, praças e associações de bairro. Um exemplo real é a organização de roteiros culturais urbanos conduzidos conjuntamente por trabalhadores e usuários de um CAPS, estimulando a autonomia no uso do transporte público e a ocupação cidadã dos equipamentos culturais municipais. O impacto para os profissionais exige superar o assistencialismo paternalista, adotando como boa prática a criação

de oportunidades reais de escolha e responsabilidade no dia a dia do serviço, e evitando o erro comum de manter usuários indefinidamente dentro do espaço físico do CAPS por medo de que se exponham à convivência comunitária.

Aula 12.2: Economia Solidária, Cooperativas Sociais e Geração de Trabalho e Renda O eixo de **Reabilitação Psicossocial** da RAPS prioriza a articulação entre saúde mental e **Economia Solidária** como estratégia concreta de inclusão produtiva, geração de trabalho e renda e emancipação econômica dos usuários. Tecnicamente, a iniciativa fundamenta-se na Portaria Interministerial nº 353 de 2005 e na Lei Federal 9.867 de 1999 (Lei das Cooperativas Sociais), fomentando empreendimentos econômicos solidários baseados na autogestão, cooperação, propriedade coletiva dos meios de produção e repartição justa dos resultados, superando a competitividade excludente do mercado capitalista tradicional.

Na operacionalização prática, incubadoras de economia solidária, prefeituras e serviços da RAPS apoiam a criação de empreendimentos nos ramos de gastronomia, panificação, marcenaria, reciclagem, costura, agricultura urbana e artesanato, inserindo os produtos em feiras livres e compras públicas institucionais. Um exemplo real consolidado no Brasil são os empreendimentos integrados à Rede de Saúde Mental e Economia Solidária, como padarias comunitárias e ateliês geridos por usuários, familiares e técnicos que comercializam seus produtos em eventos públicos e estabelecimentos locais. O impacto para

trabalhadores da saúde demanda articulação com secretarias municipais de desenvolvimento econômico e trabalho, adotando como boa prática o apoio técnico à organização administrativa e comercial dos coletivos sem substituir a autogestão dos participantes, e evitando o erro comum da laborterapia não remunerada em que o usuário trabalha sem receber contrapartida financeira justa.

Aula 12.3: Articulação Intersetorial entre SUS e SUAS (CRAS, CREAS e Centros POP) A integralidade do cuidado na RAPS exige articulação permanente e estruturada entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o **Sistema Único de Assistência Social (SUAS)**, uma vez que o sofrimento psíquico grave frequentemente entrelaça-se com situações de extrema pobreza, insegurança alimentar, violação de direitos e fragilização dos vínculos familiares. Tecnicamente, a integração operacional envolve os **Centros de Referência de Assistência Social (CRAS)** na proteção social básica, os **Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS)** na proteção social especial de média complexidade e os **Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua (Centros POP)**, além dos serviços de acolhimento institucional.

Na prática cotidiana, a articulação SUS-SUAS materializa-se na construção de Planos de Acompanhamento Intersetorial compartilhados, no apoio ao acesso a benefícios socioassistenciais (como o Benefício de Prestação Continuada - BPC e o Programa Bolsa Família) e na mediação de conflitos familiares complexos. Um

exemplo real é a realização de estudos de caso conjuntos mensais entre a equipe do CAPS, os técnicos do CREAS e a equipe da UBS para acompanhar famílias com histórico de violência intrafamiliar e transtorno mental grave, evitando intervenções contraditórias ou sobrepostas. O impacto para os profissionais requer clareza sobre as competências específicas de cada política pública para não confundir assistência social com clínica médica, adotando como boa prática a criação de canais diretos de referência entre técnicos do SUS e do SUAS, e evitando o erro comum de transferir ao serviço social do CAPS atribuições que pertencem aos equipamentos da assistência social no território.

Aula 12.4: Educação Inclusiva, Justiça, Habitação e Cultura na Rede Intersetorial A sustentabilidade dos projetos de vida construídos na RAPS depende da ativação ampla de políticas públicas setoriais para além da saúde e da assistência social, abrangendo **Educação, Justiça, Habitação, Esporte e Cultura**. Tecnicamente, a intersetorialidade opera como estratégia de gestão pública que articula saberes e recursos de diferentes secretarias municipais para enfrentar problemas sociais complexos que nenhuma política isolada consegue resolver.

Na aplicação prática, a parceria com a Educação garante o acesso de jovens e adultos da RAPS à Educação de Jovens e Adultos (EJA) e o suporte especializado nas escolas regulares; a articulação com a Habitação viabiliza programas de aluguel social e moradia popular para egressos de internações; e a parceria com a Justiça e a Defensoria Pública assegura a retificação de documentos civis, a

revisão de processos de curatela e o acesso a direitos previdenciários. Um exemplo real é a implementação de programas municipais de Bolsa Aluguel Social articulados ao acompanhamento clínico dos CAPS para usuários que possuem autonomia para morar sozinhos, mas não dispõem de renda suficiente para arcar com a moradia no mercado imobiliário. O impacto operacional exige que os trabalhadores da RAPS atuem como articuladores comunitários ativos, adotando como boa prática a participação em conselhos municipais de direitos e fóruns intersetoriais, e evitando o erro comum de restringir o cuidado ao interior das paredes dos serviços de saúde.

Aula 12.5: Protagonismo dos Usuários, Associações e Suporte de Pares O **protagonismo dos usuários e familiares** constitui a força motriz histórica e ética da Reforma Psiquiátrica, materializando-se na organização de associações autônomas, coletivos culturais, movimentos sociais e estratégias inovadoras de **suporte de pares**. Tecnicamente, o suporte de pares consiste na incorporação formal ou comunitária de pessoas com experiência vivida de sofrimento psíquico e recuperação no acolhimento, acompanhamento e orientação de outros usuários que atravessam momentos agudos ou iniciam sua trajetória na rede.

Na prática dos serviços, usuários atuando como monitores, facilitadores de grupos ou articuladores comunitários oferecem uma escuta horizontal baseada na experiência compartilhada, despertando esperança realista e reduzindo o autoestigma. Um exemplo real é a atuação de associações históricas como a

Associação Loucos por Você, a Associação Franco Basaglia ou coletivos de usuários nos CAPS que participam da formação de novos profissionais, fiscalizam serviços e representam os usuários nos conselhos municipais de saúde. O impacto para as equipes técnicas exige reconhecer o saber da experiência vivida como legítimo e complementar ao saber técnico-científico, adotando como boa prática o apoio logístico e institucional para que usuários organizem suas próprias reuniões e coletivos sem interferência tutelar da equipe, e evitando o erro comum de cooptar lideranças de usuários apenas para legitimar decisões prévias da gestão.

Módulo 13: Farmacovigilância, Assistência Farmacêutica e Práticas Integrativas

Aula 13.1: Assistência Farmacêutica na RAPS e Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) A **Assistência Farmacêutica na RAPS** assegura o acesso equitativo, seguro e racional aos medicamentos psicotrópicos e clínicos essenciais necessários ao tratamento integral dos usuários no SUS. Tecnicamente, a seleção e o fornecimento dos medicamentos organizam-se a partir da **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)**, estruturada no Componente Básico da Assistência Farmacêutica (gerido pelos municípios, abrangendo antidepressivos, ansiolíticos, estabilizadores de humor e antipsicóticos típicos) e no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF, gerido pelos estados conforme Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDT, abrangendo

antipsicóticos atípicos como clozapina, olanzapina, quetiapina e risperidona).

Na operacionalização prática, a farmácia integrada ao CAPS ou à UBS realiza a dispensação orientada, o controle rigoroso das notificações de receita especial (Portaria SVS/MS nº 344 de 1998) e o monitoramento da adesão terapêutica em articulação com a equipe multiprofissional. Um exemplo real é a organização de caixas organizadoras semanais individualizadas pela equipe de enfermagem e farmácia do CAPS para usuários com dificuldades cognitivas ou ausência de suporte familiar, prevenindo erros de dosagem e intoxicações acidentais. O impacto para trabalhadores e gestores exige planejamento logístico preciso para evitar desabastecimentos que precipitam crises clínicas graves, adotando como boa prática o preenchimento correto e antecipado dos Laudos para Solicitação de Medicamentos (LME) do Componente Especializado, e evitando o erro comum de interromper subitamente esquemas terapêuticos por falhas burocráticas na renovação de receitas.

Aula 13.2: Cuidado Farmacêutico, Interações Medicamentosas e Monitoramento Metabólico O **Cuidado Farmacêutico em Saúde Mental** integra o farmacêutico clínico à equipe multiprofissional para realizar o acompanhamento farmacoterapêutico, identificar problemas relacionados a medicamentos (PRM) e prevenir reações adversas graves. Tecnicamente, o uso contínuo de psicofármacos — especialmente antipsicóticos de segunda geração e estabilizadores de humor — associa-se a elevado risco de

síndrome metabólica (ganho de peso, dislipidemia, resistência insulínica e diabetes mellitus), prolongamento do intervalo QT no eletrocardiograma, alterações hematológicas (como a agranulocitose associada à clozapina) e disfunções tireoidianas ou renais (associadas ao carbonato de lítio).

Na aplicação prática, o monitoramento clínico sistemático exige protocolos compartilhados entre médicos, enfermeiros e farmacêuticos para solicitação periódica de hemograma, glicemia de jejum, perfil lipídico, função renal, função tireoidiana, litemia e aferição de peso, circunferência abdominal e pressão arterial. Um exemplo real é o protocolo obrigatório de controle hematológico semanal nas primeiras dezoito semanas e mensal posteriormente para todo usuário em uso de clozapina, garantindo detecção precoce de neutropenia. O impacto profissional reduz a mortalidade cardiovascular precoce que atinge pessoas com transtornos mentais graves, adotando como boa prática a revisão detalhada de interações medicamentosas entre psicotrópicos e fármacos clínicos (como anti-hipertensivos e hipoglicemiantes), e evitando o erro comum de negligenciar a saúde física do usuário focado apenas nos sintomas psiquiátricos.

Aula 13.3: Desprescrição Segura e Manejo da Polifarmácia Psiquiátrica A **polifarmácia psiquiátrica** — caracterizada pelo uso concomitante de múltiplos psicofármacos, frequentemente da mesma classe terapêutica, sem evidência científica de superioridade clínica — representa um desafio relevante de segurança do paciente na rede de atenção. Tecnicamente, a

desprescrição segura consiste no processo planejado, gradual e supervisionado de redução de doses ou retirada de medicamentos que não apresentam mais indicação clínica clara, cuja relação risco-benefício tornou-se desfavorável ou que foram mantidos por inércia prescritiva ao longo de anos.

Na prática clínica, a retirada de psicofármacos como benzodiazepínicos e antidepressivos exige redução escalonada lenta (geralmente de dez a vinte e cinco por cento da dose a cada duas a quatro semanas) associada a suporte psicossocial intensivo, evitando síndromes de descontinuação, insônia rebote e recaídas ansiosas. Um exemplo real é a implantação de grupos de apoio ao desmame gradual de benzodiazepínicos na Atenção Primária em parceria com o farmacêutico e o psicólogo da eMulti, substituindo o uso crônico de clonazepam por técnicas de higiene do sono e relaxamento. O impacto para prescritores e equipes envolve cultura de segurança medicamentosa e corresponsabilização com o usuário, adotando como boa prática estabelecer desde o início do tratamento a duração prevista para medicamentos sintomáticos como benzodiazepínicos, e evitando o erro comum da retirada abrupta de psicotrópicos que desencadeia crises graves de abstinência.

Aula 13.4: Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) na RAPS As **Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)**, regulamentadas no SUS pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), oferecem recursos terapêuticos não farmacológicos baseados em

conhecimentos tradicionais e evidências científicas crescentes que ampliam o cuidado integral na RAPS. Tecnicamente, modalidades como acupuntura, auriculoterapia, meditação, yoga, tai chi chuan, fitoterapia, arteterapia, musicoterapia e terapia comunitária integrativa atuam na regulação do sistema nervoso autônomo, na redução do estresse crônico, no alívio de dores psicossomáticas e na promoção do autocuidado corporal.

Na operacionalização prática, as PICS são amplamente ofertadas tanto nas Unidades Básicas de Saúde quanto nos CAPS, integrando oficinas grupais e atendimentos individuais complementares ao projeto terapêutico singular. Um exemplo real é a realização de sessões coletivas de auriculoterapia e meditação conduzidas por profissionais capacitados em CAPS ad e UBS para auxiliar no controle da ansiedade e da fissura durante processos de redução de uso de substâncias. O impacto para os trabalhadores envolve a ampliação da caixa de ferramentas clínicas com tecnologias leves e de baixo custo, adotando como boa prática a oferta das PICS de forma voluntária e articulada aos demais cuidados clínicos, e evitando o erro comum de apresentar práticas integrativas como substitutas exclusivas de tratamentos médicos indispensáveis em quadros psicóticos ou afetivos graves.

Aula 13.5: Terapia Comunitária Integrativa e Redes Solidárias no Território A **Terapia Comunitária Integrativa (TCI)**, criada no Brasil pelo psiquiatra e antropólogo Adalberto Barreto e incorporada às PICS do SUS, constitui uma metodologia grupal aberta de acolhimento do sofrimento cotidiano e fortalecimento das redes

solidárias comunitárias. Tecnicamente, a TCI estrutura-se em cinco etapas ritualizadas (acolhimento, escolha do tema, contextualização, problematização e encerramento com rituais de agregação), fundamentando-se no pensamento sistêmico, na pedagogia libertadora de Paulo Freire, na antropologia cultural e na resiliência comunitária, operando sob regras estritas de não dar conselhos, não julgar e falar na primeira pessoa a partir da própria experiência de vida.

Na aplicação prática, as rodas de Terapia Comunitária realizam-se em escolas, associações de moradores, praças, salões paroquiais e unidades de saúde, permitindo que os participantes compartilhem inquietações cotidianas e descubram estratégias de superação construídas pela própria sabedoria coletiva da comunidade. Um exemplo real é a implantação de rodas semanais de TCI conduzidas por agentes comunitários de saúde e técnicos capacitados em bairros periféricos, reduzindo significativamente a demanda por consultas médicas motivadas por sofrimento psicossocial reativo. O impacto para os serviços da RAPS reside no fortalecimento da prevenção primária e do protagonismo comunitário, adotando como boa prática a formação de terapeutas comunitários entre trabalhadores e lideranças locais, e evitando o erro comum de transformar a roda comunitária em palestra educativa verticalizada conduzida pelo profissional.

Módulo 14: Gestão da RAPS, Financiamento e Sistemas de Informação

Aula 14.1: Planejamento em Saúde, Plano Municipal de Saúde e RAG A **gestão pública da RAPS** exige a inserção estruturada das ações e metas de saúde mental nos instrumentos formais de planejamento do Sistema Único de Saúde: o **Plano Municipal de Saúde (PMS)** quadrienal, a **Programação Anual de Saúde (PAS)** e o **Relatório Anual de Gestão (RAG)**. Tecnicamente, esses instrumentos seguem as diretrizes da Lei Complementar 141 de 2012 e do Decreto Federal 7.508 de 2011, assegurando que a implantação, ampliação e manutenção dos serviços substitutivos contem com previsão orçamentária garantida e sejam submetidas à apreciação e aprovação do Conselho Municipal de Saúde.

Na prática da gestão local, a elaboração diagnóstica do Plano Municipal de Saúde analisa indicadores epidemiológicos territoriais, taxas de internação psiquiátrica, notificações de violência autoprovocada, cobertura de CAPS e demanda reprimida na Atenção Primária para definir metas objetivas de expansão da rede. Um exemplo real é a pactuação no PMS da implantação de um CAPS ad III e de dois Serviços Residenciais Terapêuticos ao longo de quatro anos, vinculando os recursos financeiros nas Leis Orçamentárias Anuais (LOA). O impacto para gestores e coordenadores de saúde mental reside na institucionalização sustentável da política pública, adotando como boa prática a participação ativa de trabalhadores e usuários nas oficinas de planejamento municipal, e evitando o erro comum de manter serviços funcionando de forma precária sem previsão orçamentária formal no plano de saúde.

Aula 14.2: Sistemas de Informação em Saúde Mental (RAAS, BPA, e-SUS e SIH) O monitoramento epidemiológico, o planejamento assistencial e o repasse regular de recursos financeiros federais na RAPS dependem diretamente do registro qualificado nos **Sistemas de Informação em Saúde do SUS**. Tecnicamente, os principais sistemas utilizados na rede compreendem o **Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS)**, específico para registrar o acompanhamento longitudinal nos CAPS e Unidades de Acolhimento; o **Boletim de Produção Ambulatorial (BPA Individualizado e Consolidado)**, utilizado para procedimentos abertos como acolhimento inicial e ações comunitárias; o **Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB / e-SUS APS)**; e o **Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS)**, que monitora as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) em hospitais gerais e especializados.

Na operacionalização cotidiana, cada profissional da equipe multiprofissional é responsável por registrar diariamente os procedimentos realizados com os códigos corretos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP), vinculados ao Cartão Nacional de Saúde (CNS) ou CPF do usuário e à Classificação Internacional de Doenças (CID). Um exemplo real da importância técnica desse registro é a regra ministerial que vincula a manutenção do custeio mensal do CAPS ao envio regular e consistente da produção no RAAS ao banco de dados nacional do DATASUS. O impacto profissional exige organização administrativa no cotidiano das equipes, adotando como boa prática a reserva de

tempo protegido na agenda semanal para fechamento e conferência da produção, e evitando o erro comum de deixar registros acumulados para o último dia do mês, o que gera inconsistências e glosas de produção.

Aula 14.3: Monitoramento de Indicadores de Qualidade e Avaliação da RAPS A **avaliação contínua da RAPS** ultrapassa a simples contagem numérica de consultas realizadas, incorporando indicadores qualitativos e sanitários que medem a efetividade do cuidado em liberdade e a integração da rede. Tecnicamente, os principais indicadores monitorados incluem: a taxa de cobertura de CAPS por cem mil habitantes; a proporção de internações psiquiátricas em hospitais gerais em relação aos hospitais psiquiátricos especializados; o tempo médio de permanência hospitalar; a taxa de reinternação precoce em até trinta dias após a alta; o percentual de usuários com Projeto Terapêutico Singular elaborado e atualizado; e a frequência de ações de matriciamento realizadas na Atenção Primária.

Na prática da gestão e das equipes, a análise periódica desses indicadores orienta correções de rumo nos processos de trabalho e revela gargalos invisíveis no cotidiano assistencial. Um exemplo real ocorre quando a coordenação municipal identifica aumento na taxa de reinternação psiquiátrica em determinado distrito sanitário e investiga o fluxo, descobrindo falhas na comunicação da alta hospitalar com a UBS do território. O impacto para gestores e equipes promove uma cultura de gestão baseada em evidências e melhoria contínua, adotando como boa prática a apresentação

semestral dos indicadores da RAPS nas reuniões dos colegiados gestores e conselhos de saúde, e evitando o erro comum de avaliar a produtividade de um CAPS apenas pelo número de consultas médicas individuais em detrimento das ações territoriais e coletivas.

Aula 14.4: Habilitação de Serviços, Recursos Humanos e Dimensionamento de Equipes A **habilitação ministerial dos pontos de atenção da RAPS** perante o Ministério da Saúde constitui etapa administrativa indispensável para a regularização institucional e o recebimento dos incentivos financeiros federais de custeio. Tecnicamente, o processo segue o fluxo estabelecido nas portarias de consolidação vigentes: elaboração do projeto técnico assistencial pelo município, aprovação no Conselho Municipal de Saúde, pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) estadual, cadastro completo do estabelecimento e dos profissionais no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e solicitação formal no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS).

Na operacionalização prática, o cumprimento rigoroso do **dimensionamento mínimo da equipe multiprofissional** exigido para cada modalidade de serviço — especificando categorias profissionais, carga horária semanal e vínculo empregatício ativo no CNES — é condição obrigatória tanto para a habilitação quanto para a manutenção dos repasses mensais. Um exemplo real é a necessidade de manter no CNES de um CAPS II equipe mínima composta por médico psiquiatra, enfermeiro, profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional) e

profissionais de nível médio (técnicos de enfermagem e técnicos administrativos), garantindo cobertura integral durante todo o horário de funcionamento. O impacto para gestores exige políticas de desprecarização dos vínculos trabalhistas e concursos públicos estáveis, adotando como boa prática a auditoria mensal do CNES pela coordenação da RAPS, e evitando o erro comum de manter profissionais desvinculados ou com carga horária divergente no cadastro nacional, o que acarreta bloqueio automático do custeio federal.

Aula 14.5: Educação Permanente em Saúde e Supervisão Clínico-Institucional A sustentabilidade ética e técnica do trabalho na RAPS exige investimentos sistemáticos em **Educação Permanente em Saúde (EPS)** e na dispositivo estratégico da **Supervisão Clínico-Institucional**. Tecnicamente, a Educação Permanente em Saúde, instituída pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), diferencia-se da educação continuada tradicional ao tomar os problemas concretos do cotidiano do trabalho como ponto de partida para a aprendizagem significativa e a transformação das práticas das equipes. Complementarmente, a **Supervisão Clínico-Institucional** consiste no acompanhamento periódico de uma equipe por um profissional externo com reconhecida experiência na atenção psicossocial, que auxilia na elaboração dos impasses clínicos dos casos graves e na análise das tensões institucionais internas do grupo de trabalho.

Na aplicação prática, a supervisão clínico-institucional oferece um espaço protegido de reflexão onde a equipe pode elaborar o

impacto emocional do contato diário com o sofrimento psíquico intenso, a violência social e o risco de suicídio, prevenindo a síndrome de burnout e a reprodução inconsciente de práticas autoritárias. Um exemplo real é a realização de encontros quinzenais de supervisão clínico-institucional em um CAPS III, financiados por recursos municipais ou estaduais, nos quais a equipe discute tanto um caso complexo de crise recorrente quanto as dificuldades de comunicação interna entre turnos diurno e noturno. O impacto para trabalhadores e gestores fortalece a coesão interdisciplinar e a qualidade clínica do cuidado, adotando como boa prática incluir a supervisão clínico-institucional como rubrica permanente no planejamento da RAPS, e evitando o erro comum de considerar a supervisão um luxo dispensável diante das pressões assistenciais do cotidiano.

Módulo 15: Direitos Humanos, Legislação Correlata e Bioética na RAPS

Aula 15.1: Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e Lei Brasileira de Inclusão A **Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD)** da Organização das Nações Unidas, incorporada ao ordenamento jurídico brasileiro com status de emenda constitucional pelo Decreto Legislativo 186 de 2008, e a **Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei Federal 13.146 de 2015)** revolucionaram o estatuto jurídico das pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, reconhecendo-as como pessoas com deficiência psicossocial. Tecnicamente, essas normativas consagram o modelo

social da deficiência e afirmam o **reconhecimento igual perante a lei**, determinando que o transtorno mental não afeta por si só a plena capacidade civil da pessoa, substituindo o instituto arcaico da interdição total pelo instituto excepcional da **curatela restrita aos atos patrimoniais** e pela **Tomada de Decisão Apoiada (TDA)**.

Na prática clínica e jurídica dos serviços da RAPS, os profissionais frequentemente elaboram relatórios psicossociais solicitados pela Justiça ou pela Defensoria Pública, devendo fundamentá-los na preservação máxima da autonomia civil e decisória do usuário. Um exemplo real é a orientação jurídica e clínica prestada pela equipe do CAPS a um usuário e seus familiares para optarem pela Tomada de Decisão Apoiada — na qual o próprio usuário elege duas pessoas idôneas de sua confiança para auxiliá-lo em decisões civis complexas sem perder sua capacidade jurídica — em vez de requererem interdição judicial. O impacto profissional exige atualização jurídica permanente das equipes multiprofissionais, adotando como boa prática defender o direito ao voto, ao casamento, ao trabalho e à gestão patrimonial dos usuários, e evitando o erro comum de emitir laudos genéricos sugerindo incapacidade civil absoluta apenas em função de um diagnóstico psiquiátrico.

Aula 15.2: Sigilo Profissional, Ética no Prontuário e Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) O **sigilo profissional** e a proteção da privacidade dos usuários constituem pilares éticos e legais inegociáveis na atuação da RAPS, regulamentados pelos códigos de ética de todas as profissões de saúde, pela Constituição Federal

e pela **Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei Federal 13.709 de 2018 - LGPD)**, que classifica os dados referentes à saúde como **dados pessoais sensíveis**. Tecnicamente, o acesso ao prontuário clínico é restrito aos profissionais diretamente envolvidos na assistência ao usuário e ao próprio titular dos dados (ou seu representante legal devidamente constituído), sendo vedada a divulgação de diagnósticos, relatos íntimos ou histórico de atendimentos a terceiros, empregadores, instituições de ensino ou órgãos policiais sem consentimento expresso ou determinação judicial específica.

Na operacionalização prática, a equipe multiprofissional deve equilibrar o compartilhamento necessário de informações clínicas dentro da rede de saúde para garantir a continuidade do cuidado com a proteção rigorosa da intimidade subjetiva do paciente. Um exemplo real é a adoção de boas práticas na redação de prontuários compartilhados, registrando objetivamente dados clínicos, condutas pactuadas e encaminhamentos necessários à rede, enquanto anotações psicoterapêuticas íntimas são mantidas sob guarda ética específica conforme regulamentação dos conselhos profissionais. O impacto para trabalhadores exige vigilância sobre fluxos digitais e físicos de documentos, adotando como boa prática o bloqueio automático de telas de computadores nos consultórios e recepções, e evitando o erro comum de discutir casos clínicos identificáveis em corredores, recepções abertas ou aplicativos de mensagens não institucionais.

Aula 15.3: Consentimento Informado, Recusa Terapêutica e Autonomia do Usuário O **consentimento livre e esclarecido** e o respeito ao **direito à recusa terapêutica** representam expressões concretas do princípio bioético da autonomia na prática da atenção psicossocial, assegurados pela Lei Federal 10.216 de 2001 e pela Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Tecnicamente, o consentimento válido exige que o usuário receba informações claras, acessíveis e honestas sobre seu diagnóstico, as opções terapêuticas disponíveis, os benefícios esperados, os possíveis efeitos adversos e as consequências de não realizar determinado procedimento, dispondo de liberdade para aceitar ou recusar propostas clínicas, ressalvadas as situações excepcionais de risco iminente à vida caracterizadas legalmente.

Na prática assistencial, o reconhecimento do direito à recusa terapêutica transforma a relação clínica de imposição unilateral em processo contínuo de negociação e construção de vínculo. Um exemplo real ocorre quando um usuário adulto competente recusa a realização de terapia eletroconvulsiva ou o uso de determinado medicamento injetável de depósito, e a equipe acolhe sua decisão sem interromper o acompanhamento, explorando alternativas terapêuticas consensuais. O impacto para os trabalhadores envolve tolerar a alteridade e as escolhas do outro mesmo quando divergem da recomendação técnica ideal, adotando como boa prática o registro detalhado em prontuário do processo de esclarecimento realizado e das escolhas expressas pelo usuário, e evitando o erro

comum de ameaçar o usuário com alta punitiva ou abandono assistencial quando ele recusa uma prescrição.

Aula 15.4: Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) em Saúde Mental As **Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) em Saúde Mental** — também conhecidas internacionalmente como Planos Antecipados de Crise ou Testamento Vital Psiquiátrico — constituem instrumentos ético-clínicos por meio dos quais uma pessoa, em momento de estabilidade psíquica e plena lucidez, registra previamente suas preferências, recusas e orientações sobre como deseja ser cuidada caso venha a atravessar uma crise grave que comprometa temporariamente sua capacidade decisória. Tecnicamente, respaldadas pela Resolução CFM nº 1.995 de 2012 e pelos princípios da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, as DAV especificam contatos de pessoas de confiança a serem acionadas, medicações que costumam apresentar boa resposta ou reações adversas graves, estratégias não farmacológicas que ajudam a acalmar o sujeito e preferências sobre locais de acolhimento.

Na aplicação prática nos CAPS, a elaboração das Diretivas Antecipadas de Vontade integra o Projeto Terapêutico Singular de usuários com transtornos episódicos recorrentes, como o transtorno afetivo bipolar ou transtornos psicóticos, sendo anexada ao prontuário e compartilhada com os pontos de urgência da rede. Um exemplo real é o registro prévio feito por uma usuária indicando que, em caso de desorganização aguda, prefere que sua irmã seja contatada imediatamente, que determinado neuroléptico seja

evitado devido a distonia aguda prévia e que o acolhimento noturno ocorra no CAPS III de referência. O impacto profissional humaniza profundamente o manejo das urgências psiquiátricas, adotando como boa prática revisar periodicamente as DAV junto com o usuário em momentos de estabilidade, e evitando o erro comum de ignorar as preferências previamente registradas pelo paciente durante um atendimento de emergência.

Aula 15.5: Combate à Violência Institucional e Defesa dos Direitos Humanos O **combate à violência institucional** nos serviços de saúde exige vigilância permanente das equipes, gestores e órgãos de controle social para impedir que práticas sutis ou explícitas de desrespeito, negligência, infantilização ou coerção se instalem no cotidiano assistencial. Tecnicamente, a violência institucional manifesta-se não apenas em agressões físicas ou contenções abusivas, mas também na violação da privacidade corporal, na expropriação dos pertences pessoais, na imposição de horários rígidos arbitrários, na linguagem estigmatizante e na negação do direito à escuta.

Na operacionalização prática, a prevenção da violência institucional fundamenta-se na transparência dos serviços, na permeabilidade à comunidade, na existência de canais acessíveis de ouvidoria do SUS e na fiscalização regular realizada pelos Conselhos de Saúde, Ministério Público, Defensoria Pública e Mecanismos de Prevenção e Combate à Tortura. Um exemplo real é a realização de visitas técnicas periódicas de monitoramento pela Comissão de Direitos Humanos e Conselho Municipal de Saúde aos leitos de saúde

mental em hospitais gerais, CAPS III, Unidades de Acolhimento e Serviços Residenciais Terapêuticos, verificando condições de ambiência, registro de contenções e satisfação dos usuários. O impacto para todos os trabalhadores da RAPS envolve assumir responsabilidade ética coletiva pela integridade das práticas do serviço, adotando como boa prática a denúncia imediata de qualquer violação de direitos constatada na rede, e evitando o erro comum do corporativismo silencioso que encobre práticas abusivas em nome da preservação da equipe.

Módulo 16: Desafios Contemporâneos e Inovação na Atenção Psicossocial

Aula 16.1: Saúde Digital, Teleatendimento e Tecnologias na RAPS
A incorporação ética e qualificada da **Saúde Digital e do Teleatendimento** na RAPS, regulamentada pela Lei Federal 14.510 de 2022 e pelas normativas do Ministério da Saúde e dos conselhos profissionais, amplia o acesso ao cuidado especializado e fortalece o suporte técnico às equipes em territórios remotos ou de difícil acesso. Tecnicamente, as tecnologias digitais operam na RAPS em múltiplas frentes: teleinterconsulta e telematriciamento entre especialistas dos CAPS e equipes da Atenção Primária em municípios distantes; telemonitoramento para acompanhamento longitudinal de usuários estabilizados ou com dificuldades de locomoção; e prontuários eletrônicos interoperáveis que garantem continuidade informacional.

Na aplicação prática, o teleatendimento não substitui o encontro presencial, a ambiência territorial e o vínculo comunitário que

definem a atenção psicossocial, mas atua como ferramenta complementar estratégica para superar barreiras geográficas e otimizar recursos especializados. Um exemplo real é o funcionamento de centrais regionais de telematriciamento em saúde mental que conectam psiquiatras e psicólogos de centros de referência às equipes de Saúde da Família de municípios rurais ou ribeirinhos da Amazônia, discutindo casos clínicos em tempo real. O impacto para os trabalhadores exige domínio técnico de plataformas seguras compatíveis com a LGPD e rigor na avaliação de elegibilidade clínica, adotando como boa prática garantir que casos agudos, crises ou usuários sem privacidade domiciliar sejam atendidos presencialmente, e evitando o erro comum de substituir o cuidado territorial presencial por atendimentos remotos impessoais como medida de corte de custos.

Aula 16.2: Impactos das Redes Sociais, Jogos Digitais e Hiperconectividade na Saúde Mental As transformações socioculturais contemporâneas marcadas pela **hiperconectividade, algoritmos de redes sociais e uso problemático de jogos digitais e apostas online** constituem demandas clínicas emergentes cada vez mais frequentes na Atenção Primária e nos CAPS, especialmente entre adolescentes e adultos jovens. Tecnicamente, a literatura científica internacional — refletida na inclusão do Transtorno por Jogos Eletrônicos (Gaming Disorder) na CID-11 da Organização Mundial da Saúde — descreve mecanismos neurobiológicos e comportamentais de recompensa intermitente que podem gerar perda de controle, prejuízo grave no sono,

abandono escolar, isolamento social e agravamento de quadros ansiosos, depressivos e de automutilação.

Na prática clínica e preventiva, a avaliação psicossocial contemporânea exige investigar rotineiramente os hábitos digitais, o tempo de exposição a telas, o envolvimento com apostas esportivas online (bets) e a exposição a cyberbullying ou comunidades virtuais que incentivam autolesão. Um exemplo real é a realização de oficinas de educação midiática e rodas de conversa sobre saúde digital conduzidas por equipes do CAPS i e da Atenção Primária em escolas públicas por meio do Programa Saúde na Escola (PSE). O impacto para os profissionais demanda atualização teórica sobre culturas juvenis digitais sem moralismo tecnofóbico, adotando como boa prática envolver as famílias na construção de acordos saudáveis de uso de tecnologia e espaços livres de telas no domicílio, e evitando o erro comum de ignorar o impacto financeiro e psíquico do endividamento por apostas digitais nos atendimentos de adultos em sofrimento psíquico.

Aula 16.3: Saúde Mental do Trabalhador e Prevenção do Adoecimento Ocupacional A interface entre **saúde mental e trabalho** constitui campo estratégico articulado entre a RAPS e a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST / CEREST), especialmente diante da crescente precarização laboral, da uberização, do assédio moral organizacional e da sobrecarga psíquica nas relações contemporâneas de trabalho. Tecnicamente, a atualização da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT) pelo Ministério da

Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 1.999 de 2023, ampliou significativamente o reconhecimento formal de transtornos mentais ocupacionais, incluindo a Síndrome de Burnout (esgotamento profissional), episódios depressivos, transtornos de ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático relacionados à organização do trabalho.

Na aplicação prática, as equipes da Atenção Primária e dos CAPS devem investigar sistematicamente a história ocupacional dos usuários acolhidos, realizando a notificação epidemiológica compulsória dos transtornos mentais relacionados ao trabalho no SINAN e articulando ações de vigilância em ambientes laborais junto aos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). Um exemplo real é a identificação de múltiplos casos de transtorno ansioso grave e afastamento laboral entre trabalhadores de um mesmo setor industrial ou de teleatendimento atendidos na UBS, desencadeando inspeção sanitária e intervenção preventiva pelo CEREST regional. O impacto profissional exige olhar atento sobre as condições concretas de trabalho tanto dos usuários quanto das próprias equipes da RAPS, adotando como boa prática o registro detalhado do nexo causal ocupacional no prontuário para resguardar direitos previdenciários do trabalhador, e evitando o erro comum de atribuir o esgotamento ocupacional exclusivamente à fragilidade psicológica individual.

Aula 16.4: Pesquisa, Produção de Conhecimento e Prática Baseada em Evidências na RAPS O fortalecimento e a defesa científica da **Rede de Atenção Psicossocial** dependem da integração orgânica

entre assistência, ensino e pesquisa, articulando a **Prática Baseada em Evidências (PBE)** aos princípios ético-políticos da Reforma Psiquiátrica. Tecnicamente, a Prática Baseada em Evidências na saúde coletiva integra as melhores evidências científicas disponíveis sobre efetividade clínica e organizacional com a experiência clínica acumulada das equipes interdisciplinares e os valores, preferências e saberes dos usuários e comunidades.

Na operacionalização cotidiana, os serviços da RAPS constituem cenários privilegiados de formação para residências multiprofissionais em saúde mental, residências médicas em psiquiatria e medicina de família, estágios de graduação e pesquisas avaliativas em parceria com universidades públicas. Um exemplo real é a participação de trabalhadores e usuários de CAPS na coleta de dados e análise de resultados de pesquisas multicêntricas financiadas pelo CNPq e pelo Ministério da Saúde sobre efetividade dos CAPS III, Gestão Autônoma da Medicação e desinstitucionalização. O impacto para os profissionais estimula a postura investigativa, a sistematização escrita das experiências territoriais e a leitura crítica da literatura científica, adotando como boa prática a instituição de núcleos de ensino e pesquisa nos serviços municipais, e evitando o erro comum de dicotomizar falsamente o rigor científico e o compromisso ético-político com o cuidado em liberdade.

Aula 16.5: Sustentabilidade Política, Defesa do SUS e Futuro da Atenção Psicossocial A consolidação futura da **Rede de Atenção Psicossocial** no Brasil enfrenta desafios estruturais contínuos

relacionados ao subfinanciamento crônico do SUS, às disputas ideológicas entre o modelo comunitário territorial e pressões pelo retorno de instituições asilares fechadas, e à necessidade de ampliação da cobertura assistencial em regiões desassistidas. Tecnicamente, a sustentabilidade da política pública exige blindagem institucional por meio da expansão de serviços estratégicos de funcionamento vinte e quatro horas (CAPS III e CAPS ad III), fortalecimento da Atenção Primária resolutiva, garantia de concursos públicos com planos de carreira atrativos e efetivação permanente do controle social.

Na prática cotidiana de cada ponto de atenção, o futuro da atenção psicossocial constrói-se na qualidade técnica, ética e humana de cada acolhimento realizado, na capacidade de articular redes solidárias no território e na defesa intransigente da dignidade das pessoas em sofrimento psíquico. Um exemplo real da vitalidade histórica desse modelo é a resistência democrática construída coletivamente por trabalhadores, usuários, familiares, conselhos profissionais e pesquisadores que assegurou a retomada e o fortalecimento da Política Nacional de Saúde Mental no âmbito do SUS. O impacto final para todo profissional formado nesta área reside na compreensão de que atuar na RAPS significa exercer simultaneamente uma prática clínica de excelência e um compromisso cidadão com uma sociedade mais justa, inclusiva e sem manicômios, adotando como boa prática a participação ativa nos espaços coletivos de defesa do SUS e evitando o erro comum

do desânimo burocrático que naturaliza a precarização dos serviços públicos.

Módulo Extra

Fontes de referência sugeridas para estudos complementares

LIVROS Saúde Mental e Atenção Psicossocial, de Paulo Amarante (Editora Fiocruz): obra fundamental que sistematiza a história da psiquiatria, as dimensões da Reforma Psiquiátrica Brasileira e os fundamentos teórico-conceituais da atenção psicossocial. A Instituição Negada: Relato de um Hospital Psiquiátrico, de Franco Basaglia (Editora Graal / Paz e Terra): clássico indispensável da psiquiatria democrática italiana que fundamenta o processo histórico e ético da desinstitucionalização. Libertando Identidades: Da Reabilitação Psicossocial à Cidadania Possível, de Benedetto Saraceno (Te Corá Editora / Instituto Franco Basaglia): referência teórica central sobre o conceito de reabilitação psicossocial, poder contratual e os eixos do habitar, rede social e trabalho. Clínica Ampliada e Compartilhada, de Gastão Wagner de Sousa Campos (Editora Hucitec): texto estruturante que apresenta os conceitos de clínica ampliada, equipe de referência e apoio matricial aplicados ao Sistema Único de Saúde. Guia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM), organizado por Rosana Teresa Onocko Campos e colaboradores (Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP): manual prático e teórico validado no Brasil para promoção do protagonismo dos usuários e uso racional de psicofármacos nos CAPS.

SITES E ARTIGOS Portal do Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde (gov.br/saude): repositório oficial de dados epidemiológicos, notas técnicas, manuais operacionais, cartilhas de habilitação e diretrizes atualizadas da Rede de Atenção Psicossocial. Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) Saúde Mental e Portal SciELO Brasil (scielo.br): bases científicas abertas com acesso gratuito a artigos revisados por pares publicados em periódicos como Ciência & Saúde Coletiva, Cadernos de Saúde Pública, Interface e Physis sobre avaliação da RAPS, CAPS e matriciamento. Observatório de Saúde Mental, Justiça e Direitos Humanos da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz / LAPS): plataforma de pesquisa, monitoramento de políticas públicas e disseminação de estudos sobre desinstitucionalização, economia solidária e direitos humanos. Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental, de Dulce Helena Chiaverini e colaboradores (Ministério da Saúde / Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva): publicação técnica oficial que detalha metodologias, ferramentas e estudos de caso para o trabalho compartilhado entre CAPS e Atenção Primária.

NORMAS E/OU LEIS Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001: marco legal nacional da Reforma Psiquiátrica que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental no Brasil. Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017 (Anexo V): consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde, incorporando integralmente a antiga Portaria

GM/MS nº 3.088 de 2011 que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e seus componentes. Lei Federal nº 10.708, de 31 de julho de 2003: institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, regulamentando o Programa de Volta para Casa. Resolução CNJ nº 487, de 15 de fevereiro de 2023: institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei 10.216 de 2001 no âmbito judicial. Lei Federal nº 13.819, de 26 de abril de 2019: institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, estabelecendo fluxos de prevenção, vigilância epidemiológica e notificação compulsória.

CURSOS COMPLEMENTARES Plataforma UNA-SUS (Sistema Universidade Aberta do SUS - unasus.gov.br): oferece cursos gratuitos à distância certificados por universidades públicas federais sobre Saúde Mental na Atenção Básica, Manejo da Crise em Saúde Mental e Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Campus Virtual Fiocruz (campusvirtual.fiocruz.br): disponibiliza formações abertas e atualizações técnicas em Saúde Mental, Atenção Psicossocial, Direitos Humanos, Desinstitucionalização e Redução de Danos. AVASUS (Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS - avasus.ufrn.br): plataforma oficial do Ministério da Saúde com módulos educacionais gratuitos voltados para trabalhadores da RAPS, Estratégia Saúde da Família e gestores municipais.

INSTITUIÇÕES RECONHECIDAS Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS/ENSP/Fiocruz): principal centro nacional de pesquisa, ensino e formulação técnica em saúde coletiva e reforma psiquiátrica. Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME): entidade científica e político-social nacional que congrega pesquisadores, trabalhadores, usuários e familiares para o desenvolvimento da atenção psicossocial no Brasil. Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Comissão Intersetorial de Saúde Mental (CISM): instância máxima do controle social do SUS responsável pela fiscalização, deliberação e convocação das Conferências Nacionais de Saúde Mental. Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS): organismo internacional de saúde pública que publica diretrizes técnicas globais sobre direitos humanos em saúde mental, desinstitucionalização e integração da saúde mental na atenção primária.