Curso de Legislação e Política de Saúde Mental

ADLAS CURSOS ONLINE

NOME DO CURSO:

Legislação e Política de Saúde Mental

Aprofunde seus conhecimentos sobre a legislação e a política de saúde mental no Brasil com este programa de estudos estruturado para profissionais e gestores. O conteúdo aborda desde a evolução histórica da Reforma Psiquiátrica e a Lei Paulo Delgado (Lei nº 10.216/2001) até a estruturação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os direitos dos usuários, o financiamento público, o cuidado infantojuvenil, a saúde mental no trabalho e a interface com o sistema de justiça. Ideal para quem busca domínio normativo, técnico e operacional sobre as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) voltadas ao cuidado em liberdade, desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

#LegislacaoSaudeMental #PoliticaDeSaudeMental #ReformaPsiquiatrica #Lei10216 #RAPS #AtencaoPsicossocial #SaudeMentalSUS #DireitosEmSaudeMental #GestaoEmSaudeMental #Desinstitucionalizacao

O QUE VOCÊ VAI APRENDER:

- Compreender os marcos históricos, filosóficos e legais da Reforma Psiquiátrica Brasileira e o processo de desinstitucionalização.
- Dominar os dispositivos da Lei nº 10.216/2001, incluindo os direitos das pessoas com transtornos mentais e as modalidades de internação psiquiátrica.

- Analisar a arquitetura normativa e operacional da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e seus respectivos pontos de atenção no SUS.
- Diferenciar as tipologias, equipes mínimas e processos de trabalho dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS I, II, III, AD e i).
- Aplicar diretrizes de atenção à saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS), estratégias de matriciamento e Projeto Terapêutico Singular (PTS).
- Conhecer os mecanismos de desinstitucionalização, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e o Programa De Volta Para Casa.
- Interpretar as normativas sobre saúde mental infantojuvenil, redução de danos e atenção a usuários de álcool e outras drogas.
- Compreender o financiamento da política de saúde mental, os instrumentos de gestão, o controle social e a interface com o sistema de justiça.

PÚBLICO-ALVO:

- Profissionais da área da saúde, como psicólogos, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e farmacêuticos.

- Gestores públicos, coordenadores de serviços de saúde, diretores de unidades hospitalares e assessores técnicos do SUS.
- Operadores do direito, defensores públicos, promotores de justiça, advogados e membros de conselhos de direitos humanos.
- Estudantes de graduação e pós-graduação nas áreas de saúde coletiva, serviço social, direito, psicologia e gestão pública.
- Conselheiros de saúde, integrantes de movimentos sociais, usuários dos serviços e familiares interessados na defesa de direitos.

Módulo 1: Fundamentos Históricos e Conceituais da Saúde Mental no Brasil

Aula 1.1: A História da Loucura e o Modelo Asilar Tradicional O **conceito** de modelo asilar refere-se ao paradigma histórico de tratamento psiquiátrico baseado no isolamento social, na segregação institucional e na tutela jurídica do indivíduo considerado alienado. Do ponto de vista da **explicação técnica**, esse modelo consolidou-se a partir do século XIX com a criação dos grandes hospícios, estruturados sob a lógica do tratamento moral de Philippe Pinel e da nosografia classificatória de Emil Kraepelin, onde a internação prolongada era vista como o principal recurso terapêutico. Na **aplicação prática**, a institucionalização operava por meio da retirada do sujeito de seu território comunitário,

submetendo-o a rotinas rígidas, perda de identidade civil e medicalização excessiva. Como **exemplos reais**, destacam-se no Brasil a inauguração do Hospício de Pedro II no Rio de Janeiro em 1852 e o complexo do Hospital Colônia de Barbacena em Minas Gerais, que acumulou milhares de internos em condições degradantes.

Os **impactos profissionais** da compreensão dessa trajetória residem na capacidade crítica dos trabalhadores da saúde em identificar resquícios da cultura manicomial nas práticas contemporâneas de cuidado. Entre as **boas práticas** recomendadas para a análise institucional está o resgate permanente da memória sanitária e a leitura crítica dos prontuários históricos para evitar a reprodução de estigmas. Os **erros comuns** observados na formação técnica incluem a naturalização do hospital psiquiátrico como único espaço possível para o manejo da crise grave e a desconsideração dos determinantes sociais do sofrimento psíquico. No **contexto operacional** dos serviços públicos atuais, conhecer a gênese do modelo asilar fundamenta a necessidade de substituir leitos hospitalares de longa permanência por dispositivos territoriais abertos e articulados em rede.

Aula 1.2: A Reforma Psiquiátrica Mundial e a Influência de Franco Basaglia O **conceito** de Reforma Psiquiátrica Mundial compreende o conjunto de movimentos políticos, científicos e sociais surgidos no pós-Segunda Guerra Mundial visando à superação da violência manicomial e à humanização do cuidado em saúde mental. Na **explicação técnica**, destacam-se experiências distintas como a

Psicoterapia Institucional francesa, as Comunidades Terapêuticas inglesas de Maxwell Jones, a Psiquiatria Preventiva norte-americana e a Psiquiatria Democrática italiana liderada por Franco Basaglia. A **aplicação prática** da perspectiva basagliana consiste em colocar a doença entre parênteses para enxergar o sujeito em sua existência-sofrimento, desmontando os aparatos físicos e ideológicos do manicômio. Um **exemplo real** emblemático é a aprovação da Lei nº 180 na Itália em 1978, conhecida como Lei Basaglia, que determinou o fechamento gradual dos hospitais psiquiátricos italianos e a criação de centros comunitários de saúde mental em Trieste e Gorizia.

Os **impactos profissionais** desse legado internacional exigem que a equipe multiprofissional atue na promoção da contratualidade social do usuário, ultrapassando a mera remissão de sintomas clínicos. Como **boas práticas**, adota-se o trabalho interdisciplinar horizontalizado e a construção de projetos de vida integrados à comunidade e ao trabalho protegido. Entre os **erros comuns** na transposição teórica está a confusão entre desinstitucionalização e mera desospitalização administrativa, que abandona o paciente sem suporte comunitário adequado. No **contexto operacional** brasileiro, as visitas de Franco Basaglia ao Brasil no final da década de 1970 catalisaram a organização dos trabalhadores de saúde mental e inspiraram diretamente o desenho normativo do Sistema Único de Saúde.

Aula 1.3: O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental e a Luta Antimanicomial O **conceito** de Movimento da Luta

Antimanicomial define-se como a articulação social de trabalhadores, usuários, familiares e defensores dos direitos humanos comprometida com a transformação radical da assistência psiquiátrica e da cultura social em relação à loucura. Pela **explicação técnica**, o movimento teve origem em 1978 no Brasil com a criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), durante a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), evoluindo para uma pauta ampla de cidadania após o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental em Bauru, em 1987. Na **aplicação prática**, a luta antimanicomial materializa-se na fiscalização de instituições asilares, na proposição de políticas públicas substitutivas e na ocupação de espaços culturais e políticos pela sociedade civil. Como **exemplos reais**, citam-se a intervenção da Prefeitura de Santos na Casa de Saúde Anchieta em 1989, que resultou na criação dos primeiros Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), e a instituição do dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial.

Os **impactos profissionais** desse processo histórico traduzem-se no compromisso ético e político do trabalhador com a defesa dos direitos humanos e a recusa a práticas coercitivas ou degradantes. Entre as **boas práticas**, destaca-se o fomento ao protagonismo dos usuários por meio de assembleias de serviço, associações civis e conselhos gestores locais. Os **erros comuns** envolvem o distanciamento das equipes técnicas em relação aos movimentos sociais ou a burocratização do atendimento clínico, perdendo de vista a dimensão comunitária do cuidado. No **contexto operacional**

das redes municipais e estaduais, a parceria com entidades da luta antimanicomial fortalece o controle social e legitima a expansão dos serviços abertos diante de retrocessos institucionais.

Aula 1.4: Conceitos de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial O **conceito** de desinstitucionalização, sob a ótica da tradição italiana, refere-se ao processo complexo de desconstrução de saberes, práticas e estruturas que reduzem o indivíduo ao diagnóstico psiquiátrico, enquanto a reabilitação psicossocial busca ampliar o poder de contratualidade do sujeito nos eixos da habitação, da rede social e do trabalho. Na **explicação técnica**, conforme sistematizado por Benedetto Saraceno e Franco Rotelli, reabilitar não significa adaptar o indivíduo a normas sociais rígidas, mas transformar o contexto social para acolher as diferenças e restituir direitos de cidadania. A **aplicação prática** ocorre mediante o acompanhamento longitudinal no território, a mediação de conflitos familiares e a inserção em cooperativas sociais ou oficinas de geração de renda. Como **exemplos reais**, observam-se as iniciativas de economia solidária vinculadas aos Centros de Convivência e Cultura e aos Centros de Atenção Psicossocial em municípios brasileiros que comercializam artesanato, gastronomia e serviços produzidos por usuários.

Os **impactos profissionais** demandam dos técnicos habilidades de articulação intersetorial com assistência social, cultura, educação e trabalho, superando o isolamento do consultório tradicional. As **boas práticas** incluem a construção compartilhada de metas realistas com o usuário, respeitando seu tempo subjetivo e evitando

tutelas disfarçadas de cuidado. Entre os **erros comuns** destacam-se a infantilização dos usuários em oficinas meramente ocupacionais sem valor produtivo ou cultural e a concentração de todas as atividades dentro do próprio serviço de saúde. No **contexto operacional**, a efetivação da reabilitação psicossocial exige orçamento específico para ações territoriais, transporte sanitário e parcerias formalizadas com secretarias municipais de desenvolvimento econômico e cultura.

Aula 1.5: A Saúde Mental no Contexto da Reforma Sanitária e do SUS O **conceito** de integração da saúde mental ao Sistema Único de Saúde (SUS) fundamenta-se na compreensão da saúde como direito de cidadania e dever do Estado, regido pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Pela **explicação técnica**, a Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde (Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990) estabeleceram a descentralização político-administrativa e a hierarquização dos serviços, criando as bases jurídicas para a municipalização da atenção psicossocial. Na **aplicação prática**, a política de saúde mental deixou de ser uma estrutura paralela centrada em hospitais federais ou convênios privados para tornar-se parte integrante das redes de atenção à saúde nos municípios. Como **exemplos reais**, apontam-se as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde Mental realizadas em 1987, 1992, 2001, 2010 e 2023, que consolidaram diretrizes vinculantes para a gestão tripartite do SUS.

Os **impactos profissionais** exigem o domínio das normas operacionais do SUS, dos fluxos de regulação assistencial e dos

mecanismos de pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT). Entre as **boas práticas** estão o planejamento ascendente das ações de saúde mental nos Planos Municipais de Saúde e a integração dos sistemas de informação ambulatorial e hospitalar. Os **erros comuns** incluem a gestão isolada da coordenação de saúde mental sem diálogo com a atenção básica ou com a urgência e emergência, gerando fragmentação do cuidado. No **contexto operacional**, a inserção plena no SUS garante sustentabilidade financeira por meio dos blocos de financiamento federal e submete os serviços aos mecanismos regulares de auditoria e controle social.

Módulo 2: Marcos Legais e a Lei Paulo Delgado (Lei nº 10.216/2001)

Aula 2.1: Tramitação Histórica e Estrutura Geral da Lei nº 10.216/2001 O **conceito** da Lei nº 10.216, sancionada em 6 de abril de 2001 e conhecida como Lei Paulo Delgado, consiste no marco legal federal que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental no Brasil. Na **explicação técnica**, o projeto de lei original nº 3.657/1989 propunha a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais; após doze anos de intensos debates no Congresso Nacional e aprovação de substitutivos, o texto sancionado consolidou o cuidado em meio aberto e restringiu a internação a situações excepcionais. A **aplicação prática** da lei obriga gestores públicos e prestadores privados a adequarem seus protocolos

clínicos e estruturais ao tratamento humanizado e comunitário. Como **exemplos reais**, verifica-se a promulgação prévia de leis estaduais pioneiras na década de 1990, como as do Rio Grande do Sul (Lei nº 9.716/1992), Ceará e Minas Gerais, que pavimentaram o caminho para a norma nacional.

Os **impactos profissionais** refletem-se na vinculação jurídica de todo ato assistencial aos princípios da dignidade da pessoa humana e da menor restrição possível da liberdade individual. As **boas práticas** requerem que os profissionais conheçam integralmente os treze artigos da lei e utilizem suas disposições para fundamentar pareceres técnicos, solicitações de recursos e planos terapêuticos. Entre os **erros comuns** estão a crença equivocada de que a lei proíbe taxativamente qualquer internação psiquiátrica ou, no extremo oposto, a manutenção de internações prolongadas sem justificativa clínica documentada. No **contexto operacional**, a Lei nº 10.216/2001 funciona como norma hierarquicamente superior às portarias ministeriais, servindo de parâmetro para fiscalizações do Ministério Público, da Vigilância Sanitária e dos Conselhos Profissionais.

Aula 2.2: Os Direitos Fundamentais das Pessoas com Transtornos Mentais O **conceito** dos direitos fundamentais previstos no artigo 2º da Lei nº 10.216/2001 estabelece garantias civis, clínicas e informacionais específicas para assegurar a cidadania plena durante o tratamento em saúde mental. Pela **explicação técnica**, a legislação assegura o acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde consentâneo às necessidades do sujeito, o tratamento com

humanidade e respeito no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, a proteção contra qualquer forma de abuso e exploração, e a garantia de sigilo nas informações prestadas. Na **aplicação prática**, os serviços devem fornecer esclarecimentos claros sobre o diagnóstico, os objetivos terapêuticos e os efeitos colaterais de medicamentos, além de garantir o direito à presença de acompanhante e à livre comunicação. Como **exemplos reais**, destacam-se a implantação de ouvidorias ativas nos serviços de saúde mental e a revisão de regimentos internos hospitalares que anteriormente restringiam visitas familiares ou o uso de pertences pessoais.

Os **impactos profissionais** impõem a responsabilidade ética e legal de obter o consentimento livre e esclarecido do usuário sempre que possível e de registrar detalhadamente as condutas no prontuário. Entre as **boas práticas** estão a elaboração de cartas de direitos dos usuários em linguagem acessível e a realização de reuniões periódicas com familiares para orientação sobre garantias legais. Os **erros comuns** incluem a divulgação indevida de diagnósticos psiquiátricos a empregadores ou terceiros sem autorização judicial ou do paciente, violando o sigilo profissional, e a aplicação de contenção física ou química como medida punitiva. No **contexto operacional**, o respeito estrito a esses direitos previne litígios judiciais por danos morais e fortalece o vínculo terapêutico entre equipe e usuário.

Aula 2.3: Modalidades de Internação Psiquiátrica e Requisitos Legais O **conceito** de internação psiquiátrica na Lei nº 10.216/2001

define este procedimento como recurso terapêutico excepcional, indicado apenas quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, sendo vedada a internação em instituições com características asilares. Na **explicação técnica**, o artigo 6º da lei estabelece três modalidades distintas: a internação voluntária, que ocorre com o consentimento livre e formal do usuário; a internação involuntária, que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e a internação compulsória, determinada exclusivamente pela autoridade judicial competente. A **aplicação prática** exige que toda internação seja precedida de laudo médico circunstanciado que caracterize seus motivos clínicos, o risco iminente e a insuficiência dos dispositivos ambulatoriais. Como **exemplos reais**, citam-se os protocolos de admissão em enfermarias de saúde mental em hospitais gerais, nos quais o médico psiquiatra preenche o termo de consentimento na admissão voluntária ou emite o laudo técnico fundamentado para o pedido familiar na involuntária.

Os **impactos profissionais** exigem precisão técnica na redação dos laudos médicos e rigor no cumprimento dos prazos legais de comunicação aos órgãos fiscalizadores. As **boas práticas** incluem a articulação imediata entre a equipe hospitalar e o Centro de Atenção Psicossocial de referência do território desde o primeiro dia de internação para planejar a alta assistida. Entre os **erros comuns** estão a conversão informal de uma internação voluntária em involuntária sem emissão de novo laudo médico e sem notificação ao Ministério Público, bem como a aceitação de ordens de

internação emitidas por autoridades policiais ou administrativas sem respaldo judicial. No **contexto operacional**, a classificação correta da modalidade de internação determina o fluxo de notificações obrigatórias e garante a legalidade da restrição temporária de liberdade.

Aula 2.4: Comunicação ao Ministério Público e Controle de Internações Involuntárias O **conceito** de controle externo das internações psiquiátricas involuntárias representa o mecanismo legal de fiscalização destinado a prevenir cárceres privados, internações arbitrárias e violações de direitos humanos em estabelecimentos de saúde. Pela **explicação técnica**, o artigo 8º da Lei nº 10.216/2001 determina que a internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta. Na **aplicação prática**, a direção clínica do hospital ou clínica deve encaminhar ofício acompanhado de cópia do laudo médico circunstanciado e da solicitação do familiar ou responsável legal ao órgão ministerial competente, além de informar a Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias. Como **exemplos reais**, observam-se os sistemas eletrônicos integrados adotados por Ministérios Públicos Estaduais, como em São Paulo e no Rio de Janeiro, que recebem e auditam em tempo real as notificações de entrada e saída de pacientes involuntários.

Os **impactos profissionais** envolvem a responsabilização administrativa, civil e penal do diretor técnico e da equipe gestora caso haja omissão ou atraso injustificado no envio das comunicações obrigatórias. Entre as **boas práticas** está a manutenção de um livro ou sistema digital de controle de prazos na secretaria clínica do hospital, com protocolo de recebimento arquivado no prontuário do paciente. Os **erros comuns** consistem em contabilizar o prazo de setenta e duas horas apenas em dias úteis, ignorando finais de semana e feriados, ou esquecer de notificar o momento da alta hospitalar ao Ministério Público. No **contexto operacional**, a rigorosa observância desse fluxo assegura transparência institucional e protege tanto o usuário quanto a equipe assistencial durante intervenções de crise aguda.

Aula 2.5: A Política Nacional de Saúde Mental e a Portaria de Consolidação nº 3/2017 O **conceito** da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) compreende o conjunto articulado de diretrizes, portarias e estratégias pactuadas pelo Ministério da Saúde para organizar a atenção psicossocial no âmbito do Sistema Único de Saúde. Na **explicação técnica**, a consolidação normativa do SUS reuniu as principais portarias da área na Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017 (Anexo V), incorporando a Portaria GM/MS nº 3.088/2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial, e regulamentos subsequentes que definem critérios de habilitação, custeio e funcionamento dos serviços. A **aplicação prática** dessa arquitetura normativa orienta secretários de saúde e coordenadores na abertura de novos dispositivos, na composição das equipes

mínimas e no registro adequado dos procedimentos no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS). Como **exemplos reais**, mencionam-se os processos de habilitação federal de novos CAPS e Serviços Residenciais Terapêuticos por meio do Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS), condicionados ao cumprimento rigoroso dos parâmetros populacionais previstos na portaria.

Os **impactos profissionais** demandam atualização normativa contínua, uma vez que resoluções e portarias ministeriais sofrem revisões periódicas conforme as pactuações da Comissão Intergestores Tripartite e as deliberações do Conselho Nacional de Saúde. As **boas práticas** incluem o acompanhamento regular do Diário Oficial da União e das notas técnicas emitidas pelo Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde. Entre os **erros comuns** está a utilização de portarias já revogadas para fundamentar projetos técnicos ou o desconhecimento das regras vigentes de repasse financeiro fundo a fundo. No **contexto operacional**, o domínio da Portaria de Consolidação nº 3/2017 permite que a gestão local estruture redes resolutivas e garanta a regularidade dos recursos federais transferidos ao município.

Módulo 3: A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e sua Arquitetura Normativa

Aula 3.1: Diretrizes, Objetivos e Princípios Organizativos da RAPS

O **conceito** da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) define-se como a rede temática do Sistema Único de Saúde destinada à

criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Pela **explicação técnica**, instituída pela Portaria GM/MS nº 3.088/2011, a RAPS rege-se pelo respeito aos direitos humanos, pela garantia da autonomia e da liberdade das pessoas, pela promoção da equidade, pelo combate a estigmas e preconceitos, e pela ênfase em serviços de base territorial e comunitária. Na **aplicação prática**, a RAPS funciona de maneira poliárquica e não piramidal, onde todos os pontos de atenção possuem igual importância e comunicam-se horizontalmente para garantir a integralidade e a continuidade do cuidado. Como **exemplos reais**, cita-se a articulação entre uma Unidade Básica de Saúde, um CAPS III e uma Unidade de Pronto Atendimento para acompanhar um usuário em crise sem necessidade de deslocamento para hospitais psiquiátricos distantes de sua cidade.

Os **impactos profissionais** exigem que cada trabalhador compreenda seu papel dentro de uma engrenagem coletiva, superando a visão fragmentada de especialidades isoladas. Entre as **boas práticas** estão a realização de reuniões periódicas de colegiado gestor da RAPS municipal e a construção conjunta de fluxogramas de referência e contrarreferência pactuados entre os serviços. Os **erros comuns** incluem tratar o CAPS como a única porta de entrada ou como destino exclusivo de qualquer queixa emocional leve, sobrecarregando a atenção especializada e esvaziando a responsabilidade da atenção primária. No **contexto**

operacional, uma RAPS bem estruturada reduz internações evitáveis, otimiza o uso dos recursos públicos e assegura o cuidado próximo à residência do cidadão.

Aula 3.2: Os Sete Componentes da RAPS e seus Pontos de Atenção O **conceito** de componentes da RAPS refere-se à divisão estrutural da rede em sete eixos assistenciais complementares que cobrem desde a prevenção e o cuidado básico até a atenção hospitalar e a reabilitação psicossocial. Na **explicação técnica**, conforme a normativa ministerial, os sete componentes são: 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. A **aplicação prática** consiste em mapear os equipamentos existentes em cada componente no município ou região de saúde e identificar vazios assistenciais que exijam investimentos ou pactuações regionais. Como **exemplos reais**, observam-se os planos de ação regional da RAPS elaborados pelas Comissões Intergestores Regionais (CIR), nos quais municípios de pequeno porte compartilham leitos de saúde mental em hospital geral ou serviços de atendimento especializado por meio de consórcios públicos.

Os **impactos profissionais** residem na necessidade de dominar as atribuições específicas de cada ponto de atenção para realizar encaminhamentos resolutivos e corresponsáveis. As **boas práticas** envolvem a manutenção de um catálogo atualizado de serviços da rede local com contatos diretos, horários de funcionamento e

critérios de acesso para uso cotidiano das equipes. Entre os **erros comuns** está o encaminhamento burocrático por meio de guias de papel sem contato prévio entre as equipes, o que frequentemente resulta na perda de seguimento do usuário. No **contexto operacional**, o equilíbrio entre os sete componentes impede a concentração de recursos em um único nível de atenção e garante respostas adequadas às diferentes intensidades do sofrimento psíquico.

Aula 3.3: Governança, Regionalização e Contratualização na RAPS

O **conceito** de governança regional da RAPS diz respeito aos arranjos institucionais de gestão compartilhada entre municípios, estados e União para organizar a oferta de serviços de saúde mental em regiões de saúde, considerando as escalas populacionais e a capacidade instalada. Pela **explicação técnica**, fundamentada no Decreto nº 7.508/2011, a regionalização exige a definição de regiões de saúde com abrangência mínima para ofertar serviços especializados, utilizando instrumentos como o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) e as pactuações na Comissão Intergestores Regional (CIR). Na **aplicação prática**, municípios com menos de quinze mil habitantes, que não atingem o critério populacional para implantar um CAPS próprio, pactuam o acesso de seus munícipes a um CAPS regional ou consorciado, garantindo transporte sanitário e contrapartida financeira. Como **exemplos reais**, destacam-se os Consórcios Intermunicipais de Saúde no Paraná, Minas Gerais e Santa Catarina que gerenciam

CAPS III e equipes multiprofissionais de referência para grupos de municípios vizinhos.

Os **impactos profissionais** demandam dos gestores e técnicos de planejamento competência em epidemiologia, análise demográfica e direito administrativo aplicado ao SUS. Entre as **boas práticas** estão o monitoramento semestral dos indicadores de utilização dos serviços pactuados e a definição clara de responsabilidades financeiras nas atas da CIR. Os **erros comuns** envolvem a implantação de serviços isolados sem pactuação regional prévia, gerando subfinanciamento crônico ou barreiras geográficas intransponíveis para usuários da zona rural. No **contexto operacional**, a governança regional eficaz assegura que o princípio da universalidade seja cumprido mesmo nos territórios mais remotos ou de baixa densidade demográfica.

Aula 3.4: Fluxos Assistenciais, Regulação de Acesso e Continuidade do Cuidado O **conceito** de regulação assistencial e fluxos na RAPS refere-se aos mecanismos organizacionais que ordenam o acesso oportuno e equânime dos usuários aos diferentes pontos da rede, assegurando a continuidade longitudinal do acompanhamento clínico e psicossocial. Na **explicação técnica**, a regulação na saúde mental distingue-se da regulação ambulatorial tradicional por exigir avaliação qualificada de risco e vulnerabilidade psicossocial, operando por meio de acolhimento com porta aberta nos CAPS e regulação médica compartilhada para leitos hospitalares. A **aplicação prática** manifesta-se na criação de protocolos municipais que estabelecem como um paciente atendido

em crise na UPA é acolhido no dia seguinte pelo CAPS de referência, sem filas de espera burocráticas. Como **exemplos reais**, citam-se os sistemas de alta referenciada implantados em capitais como Belo Horizonte e Porto Alegre, onde a equipe hospitalar agenda presencialmente o retorno do usuário no CAPS antes mesmo da saída da enfermaria.

Os **impactos profissionais** exigem comunicação ágil entre equipes de diferentes turnos e instituições, além da superação de disputas corporativas sobre a responsabilidade pelos casos complexos. As **boas práticas** incluem o compartilhamento seguro de informações clínicas essenciais entre os serviços e a designação de um técnico de referência para acompanhar a transição do usuário entre níveis de atenção. Entre os **erros comuns** estão a recusa de atendimento sob alegação de território incorreto antes de realizar o primeiro acolhimento e a alta administrativa de usuários faltosos sem busca ativa domiciliar. No **contexto operacional**, fluxos bem desenhados evitam a chamada porta giratória hospitalar, na qual o paciente recebe alta sem suporte territorial e retorna à emergência poucas semanas depois.

Aula 3.5: Monitoramento, Avaliação e Indicadores de Qualidade na RAPS O **conceito** de monitoramento e avaliação na RAPS consiste no processo sistemático de coleta, análise e interpretação de dados assistenciais e epidemiológicos para aferir a efetividade, a eficiência e a qualidade dos serviços de saúde mental. Pela **explicação técnica**, o monitoramento utiliza bases oficiais do DATASUS, como o Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS), o Boletim de

Produção Ambulatorial (BPA), o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) para violências autoprovocadas. Na **aplicação prática**, os gestores analisam indicadores como a taxa de cobertura de CAPS por cem mil habitantes, o percentual de ações realizadas no território fora da sede do serviço e o tempo médio de permanência em leitos de saúde mental em hospital geral. Como **exemplos reais**, mencionam-se os painéis de indicadores de saúde mental utilizados pelas Secretarias Estaduais de Saúde para orientar o cofinanciamento estadual e apoiar tecnicamente municípios com alta taxa de internação psiquiátrica.

Os **impactos profissionais** requerem que os trabalhadores compreendam a importância clínica e política do registro fidedigno de cada procedimento realizado, superando a visão do preenchimento de sistemas como tarefa meramente burocrática. Entre as **boas práticas** estão a realização de reuniões trimestrais de análise de indicadores com toda a equipe do serviço para ajustar processos de trabalho e identificar perfis de usuários desassistidos. Os **erros comuns** incluem a subnotificação de atendimentos domiciliares e ações de matriciamento no RAAS, o que distorce o retrato real da produção do serviço e pode comprometer repasses financeiros. No **contexto operacional**, a gestão baseada em evidências fortalece a transparência pública e subsidia a defesa técnica do orçamento da saúde mental perante os órgãos de controle.

Módulo 4: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): Tipologias e Processos de Trabalho

Aula 4.1: Tipologias dos CAPS: CAPS I, CAPS II e CAPS III O **conceito** de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) define-se como 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. Na **explicação técnica**, a diferenciação entre CAPS I, CAPS II e CAPS III obedece a critérios demográficos e de complexidade assistencial: o CAPS I atende municípios ou regiões com população acima de quinze mil habitantes funcionando em horário comercial; o CAPS II atende populações acima de setenta mil habitantes; e o CAPS III atende regiões acima de cento e cinquenta mil habitantes, operando vinte e quatro horas diariamente, inclusive feriados e finais de semana, dispondo de leitos para acolhimento noturno. A **aplicação prática** dessa classificação orienta o dimensionamento da infraestrutura física, o quantitativo de profissionais e o escopo de manejo de crises agudas no próprio serviço. Como **exemplos reais**, observa-se que cidades de grande porte estruturam redes de CAPS III regionalizados capazes de absorver surtos psicóticos e crises graves em acolhimento noturno de até sete dias corridos ou dez dias intercalados no mês, evitando internações hospitalares.

Os **impactos profissionais** envolvem regimes de trabalho diferenciados, exigindo escalas de plantão e passagem de turno estruturada nos serviços de funcionamento contínuo. As **boas**

práticas incluem a garantia de ambiência acolhedora, com espaços coletivos arejados, quartos de acolhimento noturno adequados às normas sanitárias e ausência de grades ou trancas coercitivas. Entre os **erros comuns** está a transformação do acolhimento noturno do CAPS III em leito de longa permanência para resolver questões puramente habitacionais sem articulação com a assistência social. No **contexto operacional**, a implantação adequada das tipologias garante que a intensidade do cuidado corresponda à complexidade clínica e social do território.

Aula 4.2: Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD e CAPS AD III) O **conceito** de CAPS AD e CAPS AD III refere-se aos serviços especializados da RAPS destinados ao atendimento integral e contínuo de pessoas com necessidades de cuidados clínicos e psicossociais decorrentes do uso prejudicial de álcool, crack e outras drogas. Pela **explicação técnica**, o CAPS AD é indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes, enquanto o CAPS AD III atende regiões acima de cento e cinquenta mil habitantes, funcionando vinte e quatro horas por dia com até doze leitos de observação e repouso para manejo de desintoxicação leve a moderada e crise. Na **aplicação prática**, esses serviços operam sob a diretriz da redução de danos, oferecendo acolhimento imediato sem exigência de abstinência prévia como condição de acesso, realizando cuidados clínicos de enfermagem, grupos terapêuticos e apoio familiar. Como **exemplos reais**, destacam-se os CAPS AD III instalados próximos a cenas de uso intenso em grandes metrópoles brasileiras, que

atuam em parceria com equipes de Consultório na Rua para vincular pessoas em situação de rua ao cuidado contínuo.

Os **impactos profissionais** exigem capacitação específica em clínica das dependências, manejo de síndromes de abstinência, abordagem motivacional e superação de julgamentos moralistas sobre o consumo de substâncias. Entre as **boas práticas** estão a avaliação clínica rigorosa para identificar comorbidades orgânicas frequentes, como tuberculose, hepatites virais e infecções sexualmente transmissíveis, e a articulação direta com hospitais gerais para quadros de abstinência grave como o delirium tremens. Os **erros comuns** incluem a imposição de regras disciplinares rígidas que expulsam o usuário em caso de recaída e a restrição do tratamento exclusivamente à prescrição medicamentosa. No **contexto operacional**, o CAPS AD III constitui o eixo ordenador do cuidado territorial em álcool e outras drogas, oferecendo alternativa pública e laica às instituições de internação prolongada.

Aula 4.3: Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS i) O **conceito** de CAPS i compreende o serviço especializado da RAPS voltado exclusivamente ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas e transtornos do espectro autista com intenso sofrimento. Na **explicação técnica**, estabelecido para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes, o CAPS i estrutura-se a partir das especificidades do desenvolvimento humano, do estatuto jurídico da proteção integral e da centralidade da família e da escola no projeto

terapêutico. A **aplicação prática** envolve atendimentos individuais e grupais lúdicos, orientação parental, visitas escolares e articulação permanente com o Conselho Tutelar, os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS) e as Varas da Infância e Juventude. Como **exemplos reais**, citam-se projetos desenvolvidos por equipes de CAPS i em parceria com escolas públicas municipais para construir planos de inclusão escolar para crianças com autismo severo ou quadros psicóticos precoces.

Os **impactos profissionais** demandam formação aprofundada em psicopatologia do desenvolvimento, ludoterapia, clínica ampliada da infância e legislação protetiva infantojuvenil. As **boas práticas** incluem a escuta qualificada da criança ou do adolescente como sujeito de direitos, evitando que a fala dos adultos ou da escola anule a perspectiva do jovem. Entre os **erros comuns** estão a medicalização precoce e indiscriminada de dificuldades de aprendizagem ou problemas comportamentais leves que deveriam ser manejados na atenção básica e na escola, além da culpabilização das mães pelo sofrimento dos filhos. No **contexto operacional**, o CAPS i deve manter ambiência lúdica, segura e separada fisicamente dos serviços destinados ao público adulto para assegurar a proteção integral.

Aula 4.4: Acolhimento, Técnico de Referência e Projeto Terapêutico Singular (PTS) O **conceito** de Projeto Terapêutico Singular (PTS) consiste em um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar com a participação

ativa do usuário e de sua família. Pela **explicação técnica**, o PTS organiza-se tradicionalmente em quatro momentos dinâmicos: o diagnóstico situacional integral (orgânico, psicológico e social); a definição de metas de curto, médio e longo prazo; a divisão de responsabilidades entre os membros da equipe, o usuário e a rede; e a reavaliação periódica dos resultados alcançados. Na **aplicação prática**, cada usuário admitido no CAPS recebe um Técnico de Referência, profissional de nível superior responsável por coordenar seu PTS, monitorar a frequência às atividades, manter contato com a família e articular os demais pontos da RAPS. Como **exemplos reais**, observa-se a construção de um PTS para um usuário egresso de longa internação, envolvendo emissão de documentos civis pelo assistente social, ajuste farmacológico pelo psiquiatra, acompanhamento domiciliar pelo enfermeiro e inserção em oficina de música pelo terapeuta ocupacional.

Os **impactos profissionais** exigem o rompimento com a hierarquia biomédica tradicional, valorizando os saberes de todas as categorias profissionais e o saber experiencial do próprio usuário sobre seu adoecimento. Entre as **boas práticas** estão o registro estruturado do PTS no prontuário eletrônico e sua revisão sistemática nas reuniões semanais de equipe ou diante de mudanças clínicas relevantes. Os **erros comuns** incluem elaborar o PTS de forma unilateral sem consultar os desejos e projetos de vida do usuário, ou transformar o plano em um cronograma fixo e imutável de oficinas dentro do serviço. No **contexto operacional**, o PTS aliado ao Técnico de Referência evita a diluição de

responsabilidades na equipe e assegura um cuidado personalizado e resolutivo.

Aula 4.5: Gestão do Cotidiano nos CAPS: Ambiência, Assembleias e Reuniões de Equipe O **conceito** de gestão democrática do cotidiano nos CAPS refere-se à organização participativa dos processos de trabalho, dos espaços físicos e das relações institucionais para promover autonomia, corresponsabilização e prevenção da institucionalização dentro do próprio serviço aberto. Na **explicação técnica**, esse modelo apoia-se nos dispositivos da Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), utilizando a ambiência acolhedora, a reunião semanal de equipe como espaço protegido de supervisão e deliberação clínica, e a assembleia de usuários e familiares como instância de cogestão. A **aplicação prática** ocorre quando usuários, familiares e trabalhadores reúnem-se mensalmente para discutir o cardápio, a programação das oficinas, as regras de convivência e as demandas encaminhadas à gestão municipal. Como **exemplos reais**, destacam-se assembleias de CAPS que originaram associações civis de usuários e familiares com CNPJ próprio, capazes de captar recursos em editais culturais e participar ativamente dos Conselhos Municipais de Saúde.

Os **impactos profissionais** exigem abertura para a crítica construtiva, habilidades de mediação grupal e disposição para compartilhar o poder decisório no cotidiano institucional. As **boas práticas** incluem a garantia de horário protegido na agenda semanal para a reunião de toda a equipe sem atendimento ambulatorial rotineiro, mantendo apenas o plantão de acolhimento

de urgência. Entre os **erros comuns** estão a supressão das reuniões de equipe sob a justificativa de aumento da demanda assistencial, o que leva ao adoecimento dos trabalhadores e à fragmentação das condutas clínicas. No **contexto operacional**, a gestão participativa mantém o CAPS vivo como dispositivo de transformação social e impede que ele se torne um ambulatório burocrático ou um mini-manicômio diurno.

Módulo 5: Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde (APS) e Matriciamento

Aula 5.1: O Papel Estratégico da Estratégia Saúde da Família na Saúde Mental O **conceito** da atuação da Atenção Primária à Saúde (APS) na saúde mental fundamenta-se na compreensão de que a Estratégia Saúde da Família (ESF) constitui a principal porta de entrada e a coordenadora do cuidado no SUS, sendo capaz de resolver a maioria dos sofrimentos psíquicos comuns no território. Pela **explicação técnica**, devido aos atributos essenciais da APS descritos por Barbara Starfield — primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado —, as equipes de Saúde da Família possuem vínculo privilegiado com as famílias e conhecimento profundo das condições socioambientais da comunidade. Na **aplicação prática**, médicos de família, enfermeiros, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) realizam o acolhimento de quadros de ansiedade, depressão leve a moderada, luto, insônia e sofrimento associado a doenças crônicas, além de acompanhar a saúde clínica de usuários com transtornos mentais graves. Como **exemplos reais**, citam-se o

rastreamento precoce do sofrimento psíquico perinatal durante as consultas de pré-natal na Unidade Básica de Saúde e o acompanhamento conjunto da hipertensão arterial e do diabetes em pacientes acompanhados pelo CAPS.

Os **impactos profissionais** exigem que os profissionais da atenção básica incorporem a escuta qualificada e a abordagem psicossocial em sua prática clínica diária, superando o encaminhamento automático ao especialista. Entre as **boas práticas** estão a valorização das informações trazidas pelos Agentes Comunitários de Saúde durante as visitas domiciliares e a estratificação de risco em saúde mental na rotina da unidade. Os **erros comuns** incluem a renovação mecânica de receitas de psicotrópicos por anos sem reavaliação clínica ou a negligência de queixas físicas em pacientes psiquiátricos sob o rótulo de somatização. No **contexto operacional**, o fortalecimento da APS evita a superlotação dos serviços especializados e garante acesso imediato e desestigmatizado ao cuidado em saúde mental.

Aula 5.2: Apoio Matricial e Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária (eMulti) O **conceito** de Apoio Matricial, formulado por Gastão Wagner de Sousa Campos, define-se como um arranjo organizacional e uma metodologia de trabalho complementar que oferece retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes de referência da Atenção Primária. Na **explicação técnica**, o matriciamento opera na lógica da cogestão e do compartilhamento de saberes entre especialistas (provenientes dos CAPS ou das Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à

Saúde, instituídas pela Portaria GM/MS nº 635/2023) e generalistas, substituindo a lógica burocrática do encaminhamento verticalizado. A **aplicação prática** materializa-se por meio de discussões conjuntas de casos complexos, atendimentos compartilhados, visitas domiciliares integradas e ações de educação permanente planejadas conforme as necessidades epidemiológicas do território. Como **exemplos reais**, observa-se a agenda mensal fixa em que um psiquiatra e um psicólogo do CAPS deslocam-se até a Unidade Básica de Saúde para discutir casos com a equipe de Saúde da Família e atender conjuntamente usuários em dúvida diagnóstica.

Os **impactos profissionais** demandam habilidades de comunicação horizontal, pedagogia colaborativa e disposição para aprender com o saber territorial das equipes básicas. As **boas práticas** incluem a pactuação prévia dos casos a serem discutidos no matriciamento, o registro conjunto das decisões nos prontuários de ambos os serviços e a definição clara de quem acompanhará cada etapa do plano de cuidados. Entre os **erros comuns** estão transformar o encontro de matriciamento em um ambulatório itinerante de especialidades onde o especialista atende sozinho enquanto a equipe da UBS se ausenta, ou utilizar o espaço apenas para transferir casos entre serviços. No **contexto operacional**, o apoio matricial eleva a resolutividade da atenção básica, reduz filas de espera para especialidades e qualifica continuamente o repertório clínico de ambas as equipes.

Aula 5.3: Abordagem Familiar, Visita Domiciliar e Território Vivo O **conceito** de abordagem familiar e territorial na saúde mental

compreende o entendimento de que o sofrimento psíquico emerge e se transforma nas relações interpessoais e nas condições materiais de existência, exigindo intervenções no espaço doméstico e comunitário. Pela **explicação técnica**, o território na saúde coletiva não é apenas uma delimitação geográfica administrativa, mas um espaço vivo produzido pelas relações sociais, culturais, econômicas e afetivas, analisado com ferramentas como o genograma, o ecomapa e o ciclo de vida familiar. Na **aplicação prática**, a visita domiciliar conjunta permite compreender a dinâmica de cuidados, identificar sobrecarga dos cuidadores, avaliar condições de habitabilidade e construir estratégias de suporte junto à família extensa e aos vizinhos. Como **exemplos reais**, destacam-se visitas domiciliares realizadas por equipes de Saúde da Família e CAPS a idosos com transtornos mentais graves em isolamento social, permitindo mobilizar a rede de vizinhança e os serviços de assistência social.

Os **impactos profissionais** requerem postura ética de respeito à privacidade do domicílio, capacidade de observação sistêmica e habilidade para mediar conflitos intrafamiliares sem tomar partido ou julgar moralmente. Entre as **boas práticas** estão o planejamento claro dos objetivos antes de cada visita domiciliar, o agendamento prévio sempre que possível e o oferecimento de grupos de apoio específicos para familiares cuidadores. Os **erros comuns** incluem realizar visitas domiciliares de caráter fiscalizatório ou policialesco para forçar a adesão medicamentosa, o que destrói a confiança da família na equipe de saúde. No **contexto operacional**, a atuação

territorial consolida o cuidado em liberdade e permite detectar precocemente situações de vulnerabilidade social e risco clínico.

Aula 5.4: Uso Racional de Psicofármacos na Atenção Básica e Prevenção da Medicalização O **conceito** de uso racional de psicofármacos e desmedicalização refere-se à prescrição criteriosa, baseada em evidências científicas e limitada no tempo de medicamentos psicoativos, associada prioritariamente a intervenções psicossociais e comunitárias para evitar a iatrogenia e a dependência química. Na **explicação técnica**, a medicalização da vida ocorre quando problemas de ordem social, econômica, laboral ou existencial são transformados exclusivamente em transtornos médicos tratados com benzodiazepínicos e antidepressivos sem indicação clínica precisa. A **aplicação prática** envolve a avaliação diagnóstica rigorosa, a pactuação do tempo previsto de tratamento desde a primeira prescrição, o monitoramento de efeitos adversos e a implementação de protocolos estruturados de desprescrição gradual. Como **exemplos reais**, citam-se os programas municipais de desmame seguro de benzodiazepínicos realizados em Unidades Básicas de Saúde com suporte de farmacêuticos clínicos, grupos de práticas integrativas e oficinas de atividade física.

Os **impactos profissionais** exigem autonomia técnica diante da pressão por prescrições rápidas e o domínio da farmacologia clínica e das alternativas terapêuticas não farmacológicas disponíveis no território. As **boas práticas** incluem a revisão periódica da lista de medicamentos em uso por cada paciente, a educação em saúde

sobre os riscos do uso prolongado de calmantes e a oferta de grupos terapêuticos na atenção primária. Entre os **erros comuns** estão a prescrição de benzodiazepínicos por períodos superiores a algumas semanas sem plano de retirada e a associação irracional de múltiplos psicofármacos da mesma classe terapêutica. No **contexto operacional**, o uso racional de medicamentos reduz gastos farmacêuticos desnecessários, previne quedas e déficits cognitivos em idosos e promove a autonomia dos usuários.

Aula 5.5: Práticas Integrativas, Grupos Terapêuticos e Promoção da Saúde Mental O **conceito** de promoção da saúde mental e práticas grupais na APS engloba ações coletivas voltadas ao fortalecimento dos fatores de proteção psicossocial, da resiliência comunitária e do pertencimento social por meio de dispositivos participativos. Pela **explicação técnica**, essas intervenções apoiam-se na Política Nacional de Promoção da Saúde e na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), utilizando metodologias como a Terapia Comunitária Integrativa, os grupos de caminhada, as rodas de conversa, o artesanato e as práticas corporais. Na **aplicação prática**, as unidades de saúde abrem seus espaços ou utilizam praças, centros comunitários e igrejas do bairro para conduzir encontros regulares coordenados por profissionais de diversas categorias e lideranças comunitárias. Como **exemplos reais**, destacam-se as rodas de Terapia Comunitária Integrativa desenvolvidas originalmente por Adalberto Barreto no Ceará e difundidas em centenas de municípios brasileiros como estratégia de acolhimento do sofrimento cotidiano.

Os **impactos profissionais** ampliam o repertório clínico dos trabalhadores para além da consulta individual, desenvolvendo competências de facilitação grupal e mobilização comunitária. Entre as **boas práticas** estão a avaliação participativa dos grupos com os próprios integrantes e a articulação com associações de moradores para garantir a sustentabilidade das atividades no território. Os **erros comuns** incluem transformar os grupos em palestras expositivas verticais onde apenas o profissional fala ou encerrar grupos bem-sucedidos por falta de registro adequado da produção coletiva nos sistemas do SUS. No **contexto operacional**, os dispositivos coletivos otimizam a agenda das equipes básicas, combatem o isolamento social e previnem o agravamento de quadros emocionais leves.

Módulo 6: Atenção à Crise, Urgência e Emergência em Saúde Mental

Aula 6.1: Conceito de Crise Psíquica e Manejo Não Coercitivo no Território O **conceito** de crise psíquica na perspectiva psicossocial compreende um momento agudo de ruptura do equilíbrio subjetivo, relacional e social do indivíduo, que representa simultaneamente um risco clínico e uma oportunidade de transformação e reorganização de vínculos. Na **explicação técnica**, diferentemente do modelo biomédico tradicional que reduz a crise a um desajuste neuroquímico a ser suprimido pela contenção, a abordagem psicossocial analisa os desencadeadores ambientais, familiares e existenciais envolvidos na desorganização aguda. A **aplicação prática** prioriza o manejo no território por meio da escuta empática,

da redução de estímulos ambientais, do envolvimento de pessoas de confiança do usuário e da intensificação do acompanhamento no CAPS ou no domicílio. Como **exemplos reais**, observam-se as equipes de intervenção em crise vinculadas aos CAPS III que se deslocam até a residência do usuário durante uma agudização psicótica, estabelecendo diálogo calmo e evitando o acionamento desnecessário da força policial.

Os **impactos profissionais** exigem autocontrole emocional, domínio de técnicas de desescalada verbal e capacidade de trabalhar em equipe sob pressão sem recorrer a respostas autoritárias. As **boas práticas** incluem a elaboração antecipada de planos de crise compartilhados com o usuário nos períodos de estabilidade, registrando quais pessoas devem ser contatadas e quais abordagens ajudam a acalmá-lo. Entre os **erros comuns** estão confrontar diretamente ideias delirantes, elevar o tom de voz, cercar fisicamente o paciente agitado ou realizar contenção mecânica como primeira medida antes de tentar a abordagem verbal. No **contexto operacional**, o manejo qualificado da crise no território preserva a dignidade do usuário e reduz drasticamente a demanda por internações psiquiátricas.

Aula 6.2: O Papel do SAMU 192 e das Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) O **conceito** da atuação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e das Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) na RAPS consiste na oferta de resposta rápida, segura e humanizada às emergências psiquiátricas e clínicas associadas, integrando o componente de Urgência e

Emergência da rede. Pela **explicação técnica**, conforme a Portaria GM/MS nº 3.088/2011 e as diretrizes da Rede de Atenção às Urgências, esses serviços têm a atribuição de acolher, classificar o risco, estabilizar quadros agudos, descartar causas orgânicas de alterações comportamentais e articular o encaminhamento responsável ao ponto de atenção adequado. Na **aplicação prática**, as equipes do SAMU e das UPAs utilizam protocolos específicos de classificação de risco em saúde mental, diferenciando emergências clínicas (como intoxicações exógenas, abstinência grave ou delirium orgânico) de crises psíquicas puras. Como **exemplos reais**, citam-se os protocolos integrados entre SAMU, UPA e CAPS em municípios brasileiros que preveem a comunicação telefônica imediata entre o médico regulador do SAMU e a equipe do CAPS III de referência durante o atendimento pré-hospitalar.

Os **impactos profissionais** demandam capacitação contínua das equipes de urgência e emergência em semiologia psiquiátrica básica, manejo farmacológico seguro da agitação psicomotora e legislação de saúde mental. Entre as **boas práticas** estão a disponibilização de espaços reservados e livres de objetos perfurocortantes nas UPAs para o acolhimento de pacientes agitados e o acompanhamento clínico integral antes de qualquer transferência psiquiátrica. Os **erros comuns** incluem atribuir qualquer queixa física de um paciente com histórico psiquiátrico ao transtorno mental sem realizar exame físico e exames laboratoriais básicos, bem como acionar a Polícia Militar para atendimentos clínicos sem risco real à integridade física. No **contexto**

operacional, a integração efetiva entre urgência e atenção psicossocial garante segurança clínica ao paciente e agilidade na transição do cuidado.

Aula 6.3: Protocolos de Contenção Física e Química: Critérios Éticos e Legais O **conceito** de contenção física (mecânica) e contenção química refere-se aos procedimentos clínicos excepcionais e temporários utilizados exclusivamente quando há risco grave e iminente de autoagressão ou heteroagressão física e todas as estratégias verbais e ambientais falharam. Na **explicação técnica**, conforme a Resolução CFM nº 2.057/2013 e a Resolução COFEN nº 427/2012, a contenção mecânica somente pode ser realizada sob prescrição médica, com faixas acolchoadas específicas, monitoramento contínuo dos sinais vitais e da perfusão periférica pela equipe de enfermagem e duração mínima indispensável. A **aplicação prática** exige que a equipe explique ao paciente o motivo protetivo do procedimento, mantenha observação presencial ininterrupta e reavalie clinicamente a necessidade de manutenção a cada trinta minutos para liberação precoce. Como **exemplos reais**, destacam-se os protocolos hospitalares auditados pela Vigilância Sanitária que exigem formulário específico de monitoramento de contenção anexado ao prontuário, contendo horário de início, justificativa clínica, sinais vitais seriados e horário de retirada.

Os **impactos profissionais** envolvem rigorosa responsabilidade ética, civil e penal caso a contenção seja aplicada sem indicação clínica, de forma prolongada ou com materiais improvisados que

causem lesões físicas ou asfixia. As **boas práticas** incluem o treinamento periódico da equipe multiprofissional em técnicas seguras de imobilização e a realização de reunião de análise crítica (debriefing) com o paciente e a equipe após cada episódio de contenção. Entre os **erros comuns** estão utilizar a contenção mecânica por falta de pessoal no plantão, como punição por desobediência às normas da enfermaria, ou manter o paciente contido por horas sem reavaliação médica presencial. No **contexto operacional**, a fiscalização rigorosa desses protocolos protege os direitos fundamentais dos usuários e previne eventos adversos graves nos serviços de saúde.

Aula 6.4: Prevenção do Suicídio e Posvenção na Rede de Saúde O **conceito** de prevenção do suicídio e posvenção abrange o conjunto de estratégias epidemiológicas, clínicas e intersetoriais destinadas a identificar fatores de risco, acolher pessoas em ideação ou tentativa de suicídio e oferecer suporte psicossocial aos familiares e comunidades afetadas por uma perda por suicídio. Pela **explicação técnica**, fundamentada na Lei nº 13.819/2019 (que instituiu a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio) e nas diretrizes da Organização Mundial da Saúde, a violência autoprovocada constitui agravo de notificação compulsória imediata no SINAN para todos os estabelecimentos de saúde públicos e privados. Na **aplicação prática**, todo paciente atendido em pronto-socorro após tentativa de suicídio deve receber avaliação psicossocial antes da alta, elaboração de plano de segurança individualizado e agendamento garantido de retorno na RAPS em

até setenta e duas horas. Como **exemplos reais**, mencionam-se as linhas de cuidado municipais de prevenção ao suicídio que cruzam as fichas de notificação do SINAN com a vigilância epidemiológica para realizar busca ativa imediata pelas equipes de Saúde da Família e CAPS.

Os **impactos profissionais** requerem postura acolhedora e livre de julgamentos morais, capacidade de avaliar o grau de intencionalidade e letalidade, e preparo para conduzir intervenções de posvenção junto a familiares enlutados e ambientes escolares. Entre as **boas práticas** estão a restrição do acesso a meios letais no ambiente doméstico em pactuação com a família, o envolvimento da rede de apoio afetiva e a articulação com o Centro de Valorização da Vida (CVV - telefone 188). Os **erros comuns** incluem dar alta hospitalar após sutura ou lavagem gástrica sem avaliação psicológica e psiquiátrica, minimizar a gravidade da tentativa como suposta manipulação ou divulgar detalhes do método utilizado em comunicações públicas. No **contexto operacional**, a vigilância ativa e o acompanhamento longitudinal contínuo após uma tentativa reduzem significativamente o risco de repetição e de óbito.

Aula 6.5: Articulação Intersetorial nas Urgências: Saúde, Assistência Social e Segurança Pública O **conceito** de articulação intersetorial nas urgências psiquiátricas refere-se à coordenação formalizada entre os órgãos do SUS, o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e as forças de segurança pública para garantir que cada instituição atue estritamente dentro de suas

competências legais durante situações complexas no espaço público. Na **explicação técnica**, a crise em saúde mental é primariamente uma questão de saúde pública, cabendo o resgate e o atendimento clínico ao SAMU e às equipes da RAPS, enquanto o apoio policial pela Polícia Militar ou Guarda Municipal restringe-se estritamente às situações em que haja porte de armas ou ameaça real e comprovada à integridade física de terceiros. A **aplicação prática** ocorre por meio da assinatura de protocolos interinstitucionais municipais e estaduais que definem fluxos de acionamento conjunto, capacitações integradas entre socorristas e policiais e suporte de abrigamento emergencial pelo SUAS quando necessário. Como **exemplos reais**, citam-se os protocolos integrados implantados em capitais brasileiras que estabeleceram fluxos conjuntos entre SAMU, RAPS, Defesa Civil e Polícia Militar para atendimento de crises em vias públicas sem criminalização do sofrimento psíquico.

Os **impactos profissionais** exigem clareza sobre os limites éticos de cada profissão e liderança técnica dos profissionais de saúde na cena do atendimento clínico. As **boas práticas** incluem a realização de fóruns intersetoriais periódicos para revisar ocorrências complexas e alinhar linguagens entre saúde, assistência social e segurança pública. Entre os **erros comuns** estão a delegação do transporte sanitário de pacientes em crise às viaturas policiais por falta de ambulâncias equipadas ou a exposição midiática indevida de pessoas em surto atendidas em via pública. No **contexto operacional**, a pactuação intersetorial previne o uso excessivo da

força, reduz riscos para profissionais e usuários e assegura o encaminhamento imediato à rede de cuidados.

Módulo 7: Atenção Hospitalar e Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral

Aula 7.1: O Componente Hospitalar da RAPS e a Substituição dos Hospitais Psiquiátricos O **conceito** do componente hospitalar na Rede de Atenção Psicossocial define a internação psiquiátrica breve em hospitais gerais como dispositivo de retaguarda clínica para crises agudas graves, integrado ao conjunto da rede comunitária em substituição progressiva aos hospitais psiquiátricos especializados. Na **explicação técnica**, conforme a Portaria GM/MS nº 3.088/2011 e a Portaria GM/MS nº 148/2012, os leitos de saúde mental em hospital geral destinam-se ao suporte hospitalar de curta duração, com foco na estabilização clínica, investigação de comorbidades orgânicas e retorno rápido do usuário ao acompanhamento territorial no CAPS. A **aplicação prática** consiste na implantação de enfermarias especializadas ou leitos integrados em hospitais gerais municipais, estaduais ou filantrópicos conveniados ao SUS, com equipe multiprofissional dedicada e articulação direta com a regulação municipal. Como **exemplos reais**, destacam-se as enfermarias de saúde mental implantadas em hospitais universitários e hospitais gerais regionais no Brasil que operam com tempo médio de permanência inferior a quinze dias e alta integrada ao território.

Os **impactos profissionais** promovem a integração entre a psiquiatria e as demais especialidades médicas e de enfermagem,

combatendo o histórico isolamento dos profissionais de saúde mental em instituições segregadas. Entre as **boas práticas** estão a garantia de espaço físico adequado para atividades terapêuticas e convivência dentro do hospital geral, evitando que o paciente fique restrito ao leito durante todo o dia. Os **erros comuns** incluem a reprodução da lógica manicomial dentro da enfermaria do hospital geral por meio de isolamento rígido, proibição de visitas ou ausência de articulação com a rede externa. No **contexto operacional**, os leitos em hospital geral garantem acesso imediato a exames diagnósticos e suporte clínico intensivo para pacientes com quadros psiquiátricos graves e intercorrências orgânicas.

Aula 7.2: Normativas Técnicas para Enfermarias e Leitos em Hospital Geral O **conceito** das normativas técnicas para leitos de saúde mental em hospital geral compreende o conjunto de requisitos estruturais, sanitários, assistenciais e de recursos humanos exigidos pelo Ministério da Saúde e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para habilitação e funcionamento seguro desses dispositivos. Pela **explicação técnica**, a Portaria GM/MS nº 148/2012 e a RDC ANVISA nº 50/2002 estabelecem parâmetros como o limite máximo de trinta leitos por enfermaria, a obrigatoriedade de equipe multiprofissional composta por médico psiquiatra ou clínico com capacitação, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e técnicos de enfermagem, além de critérios arquitetônicos de segurança sem aspecto carcerário. Na **aplicação prática**, a gestão hospitalar deve adequar janelas, instalações elétricas e sanitárias

para prevenir riscos de autoagressão, mantendo paralelamente áreas de convivência, refeitório e espaço ao ar livre. Como **exemplos reais**, observam-se os projetos arquitetônicos aprovados pela Vigilância Sanitária para unidades de saúde mental em hospitais gerais que utilizam vidros laminados de segurança e mobiliário ergonômico fixo em substituição às antigas grades metálicas.

Os **impactos profissionais** exigem que a equipe hospitalar domine tanto os cuidados clínicos de alta complexidade quanto as ferramentas da clínica psicossocial, como o acolhimento familiar e o Projeto Terapêutico Singular hospitalar. As **boas práticas** incluem a realização de visitas clínicas multiprofissionais diárias e a participação obrigatória de familiares no processo de cuidado durante a internação. Entre os **erros comuns** estão a abertura de leitos sem equipe psicossocial mínima, restringindo o atendimento apenas à medicação prescrita pelo plantonista clínico, ou o descumprimento do teto de leitos que caracteriza a formação de um hospital psiquiátrico dentro do hospital geral. No **contexto operacional**, a habilitação regular pelo Ministério da Saúde garante incentivo financeiro específico para o custeio diário dos leitos e assegura padrões elevados de segurança assistencial.

Aula 7.3: Critérios de Indicação de Internação, Permanência Breve e Alta Assistida O **conceito** de permanência breve e alta assistida refere-se à gestão clínica orientada para restringir a internação hospitalar ao tempo estritamente necessário à superação do risco agudo, condicionando a saída do hospital à garantia de

continuidade efetiva do cuidado no território. Na **explicação técnica**, os critérios técnicos para indicação de internação incluem risco iminente de suicídio ou heteroagressão grave, incapacidade total de autocuidado com risco vital, abstinência grave de substâncias psicoativas ou necessidade de investigação diagnóstica intensiva inacessível em regime ambulatorial. A **aplicação prática** inicia o planejamento da alta no momento da admissão, envolvendo contato telefônico ou presencial entre a equipe hospitalar e o técnico de referência do CAPS, visita familiar e entrega de relatório de alta detalhado com prescrição e data de retorno agendada. Como **exemplos reais**, citam-se os protocolos de transição de cuidados nos quais o técnico do CAPS visita o usuário na enfermaria do hospital geral nos dias que antecedem a alta para construir conjuntamente o plano de retorno ao domicílio.

Os **impactos profissionais** demandam agilidade diagnóstica, comunicação interinstitucional transparente e resistência às pressões sociais ou familiares por internações prolongadas sem indicação clínica. Entre as **boas práticas** estão o monitoramento diário dos motivos de permanência de cada paciente internado e o acionamento precoce da rede de assistência social caso sejam identificadas vulnerabilidades habitacionais ou abandono familiar. Os **erros comuns** incluem conceder alta hospitalar às sextas-feiras à tarde sem articular o acolhimento de final de semana no CAPS III ou entregar apenas uma receita médica sem resumo clínico da internação. No **contexto operacional**, a alta assistida reduz

drasticamente as taxas de reinternação precoce e fortalece a confiança do usuário e da família na rede pública de saúde.

Aula 7.4: O Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar (PNASH/Psiquiatria) O **conceito** do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar na área de Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria) consiste no instrumento sistemático de vistoria, avaliação técnica e qualificação instituído pelo Ministério da Saúde para fiscalizar as condições assistenciais, estruturais e de respeito aos direitos humanos nos hospitais psiquiátricos conveniados ao SUS. Pela **explicação técnica**, criado pela Portaria GM/MS nº 251/2002 e articulado ao Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS (PRH), o PNASH utiliza roteiros padronizados aplicados por equipes multiprofissionais de auditores para pontuar a qualidade do atendimento e determinar a manutenção, a adequação ou o descredenciamento de hospitais inadequados. Na **aplicação prática**, as vistorias avaliam a proporção de profissionais por leito, a qualidade da alimentação, a higienização, a existência de projetos terapêuticos individualizados, o controle das internações involuntárias e a ausência de maus-tratos ou isolamento. Como **exemplos reais**, destacam-se os processos de descredenciamento e fechamento pactuado de hospitais psiquiátricos com pontuação insuficiente no PNASH em estados como Rio de Janeiro, São Paulo e Pernambuco, com transferência ordenada dos recursos financeiros para a rede comunitária local.

Os **impactos profissionais** exigem dos gestores, auditores e profissionais de vigilância sanitária rigor técnico, isenção ética e capacidade de elaborar planos operativos de transição assistencial quando um hospital é descredenciado. As **boas práticas** incluem a realização de vistorias conjuntas envolvendo a gestão estadual e municipal do SUS, a Vigilância Sanitária, o Ministério Público e representantes do Conselho de Saúde. Entre os **erros comuns** estão o fechamento abrupto de leitos hospitalares sem a implantação prévia dos serviços substitutivos no território ou a omissão diante de irregularidades graves constatadas em auditorias. No **contexto operacional**, o PNASH/Psiquiatria consolidou-se como ferramenta decisiva de controle público para erradicar instituições asilares violadoras de direitos humanos e redirecionar o financiamento do SUS para o cuidado em liberdade.

Aula 7.5: Interconsulta Psiquiátrica e Saúde Mental no Hospital Geral O **conceito** de interconsulta psiquiátrica e psicológica no hospital geral refere-se à atuação especializada de profissionais de saúde mental junto às equipes clínicas, cirúrgicas, obstétricas e pediátricas para diagnosticar e manejar transtornos psiquiátricos e sofrimentos emocionais em pacientes internados por doenças orgânicas. Na **explicação técnica**, a interconsulta opera na interface entre a medicina interna e a saúde mental, abordando quadros frequentes como delirium em unidades de terapia intensiva, depressão associada a doenças oncológicas ou cardiovasculares, reações agudas ao estresse hospitalar e manejo de abstinência em pacientes cirúrgicos. A **aplicação prática** envolve a avaliação

solicitada pela equipe assistente, a discussão conjunta do caso à beira do leito, a orientação sobre interações medicamentosas entre psicofármacos e fármacos clínicos e o suporte emocional ao paciente e aos familiares. Como **exemplos reais**, observam-se os serviços de interconsulta em hospitais gerais de ensino que implementam protocolos preventivos de delirium em idosos submetidos a cirurgias ortopédicas, reduzindo complicações e tempo de internação.

Os **impactos profissionais** exigem sólido conhecimento de clínica médica, farmacologia das interações medicamentosas e habilidades de comunicação com equipes médicas e de enfermagem de diversas especialidades. Entre as **boas práticas** estão a resposta rápida aos pedidos de parecer, o registro claro e objetivo das recomendações no prontuário geral e a realização de ações educativas com as equipes das enfermarias clínicas para reduzir o estigma contra pacientes psiquiátricos. Os **erros comuns** incluem responder a pedidos de interconsulta apenas com uma prescrição medicamentosa sem dialogar com a equipe solicitante ou deixar de articular a continuidade do acompanhamento na RAPS após a alta clínica. No **contexto operacional**, a interconsulta qualifica o cuidado integral no hospital geral e evita diagnósticos tardios de comorbidades psiquiátricas que comprometem a recuperação física do paciente.

Módulo 8: Estratégias de Desinstitucionalização e Moradia Assistida

Aula 8.1: Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT): Conceito, Tipos I e II O **conceito** de Serviços Residenciais Terapêuticos

(SRT) define-se como moradias inseridas na comunidade destinadas a cuidar de pessoas com transtornos mentais graves, egressas de internações psiquiátricas de longa permanência ou de hospitais de custódia, que não possuem suporte familiar ou social suficiente para garantir espaço adequado de moradia. Pela **explicação técnica**, regulamentados originalmente pela Portaria GM/MS nº 106/2000 e atualizados pela Portaria GM/MS nº 3.090/2011, os SRT dividem-se em duas modalidades: o SRT Tipo I, destinado a moradores com maior autonomia que necessitam de acompanhamento e suporte cotidiano de cuidadores para atividades da vida diária e reinserção comunitária (com capacidade para até oito moradores); e o SRT Tipo II, voltado a pessoas com acentuado nível de dependência física ou psíquica que demandam cuidados intensivos e suporte técnico permanente de enfermagem e cuidadores (com capacidade para até dez moradores). Na **aplicação prática**, a casa é alugada ou adquirida pelo poder público em bairros residenciais comuns, mobiliada de forma personalizada e vinculada obrigatoriamente a um CAPS de referência. Como **exemplos reais**, destacam-se as redes de residências terapêuticas implantadas em municípios como Barbacena, Paracambi e Sorocaba após o fechamento de grandes hospitais psiquiátricos locais, permitindo que antigos internos recuperassem o direito de ter seu próprio quarto, chave e rotina cotidiana.

Os **impactos profissionais** exigem que cuidadores e técnicos de referência atuem como facilitadores da autonomia e da convivência

urbana, abandonando qualquer postura de vigilância hospitalar. As **boas práticas** incluem a escolha de imóveis bem localizados próximos a comércio, transporte público e praças, e a preparação gradual dos moradores e da vizinhança para a chegada da residência. Entre os **erros comuns** estão a identificação externa da casa com placas institucionais do SUS que estigmatizam os moradores ou a imposição de horários rígidos de alimentação e visitas semelhantes aos de um asilo. No **contexto operacional**, os SRT constituem o dispositivo central para viabilizar o fechamento definitivo dos leitos asilares de longa permanência com segurança e dignidade.

Aula 8.2: O Processo de Trabalho dos Cuidadores e das Equipes de Referência nos SRT O **conceito** do processo de trabalho nos Serviços Residenciais Terapêuticos baseia-se no acompanhamento cotidiano e afetivo voltado à reconstrução das habilidades de autocuidado, da gestão doméstica, do manejo financeiro e da circulação autônoma pela cidade. Na **explicação técnica**, o trabalho nos SRT articula cuidadores em saúde (profissionais de nível médio capacitados para o suporte diário no lar) e a equipe técnica multiprofissional do CAPS de referência, que supervisiona os projetos terapêuticos singulares e oferece retaguarda clínica. A **aplicação prática** envolve acompanhar os moradores nas compras de supermercado, no preparo das refeições, na organização dos documentos pessoais, no acesso a benefícios previdenciários e na participação em atividades culturais e de lazer do bairro. Como **exemplos reais**, observam-se experiências em que moradores de

SRT Tipo I assumem progressivamente a administração conjunta do orçamento doméstico da casa e aprendem a utilizar o transporte coletivo municipal com apoio dos cuidadores.

Os **impactos profissionais** demandam sensibilidade relacional, paciência pedagógica e capacitação continuada em direitos humanos, manejo de conflitos domésticos e primeiros socorros. Entre as **boas práticas** estão a realização de reuniões semanais de casa entre moradores e cuidadores para decidir coletivamente tarefas domésticas e passeios, além da supervisão clínico-institucional regular da equipe de cuidadores. Os **erros comuns** incluem fazer todas as tarefas domésticas pelos moradores por pressa operacional, impedindo o aprendizado da autonomia, ou adotar rotatividade excessiva de cuidadores que rompe os vínculos afetivos construídos no lar. No **contexto operacional**, a estabilidade e a qualificação da equipe de cuidadores determinam o sucesso da adaptação comunitária dos egressos de longas internações.

Aula 8.3: Programa De Volta Para Casa (Lei nº 10.708/2003) e Auxílio-Reabilitação Psicossocial O **conceito** do Programa De Volta Para Casa, instituído pela Lei Federal nº 10.708/2003, consiste na concessão de auxílio-reabilitação psicossocial pago diretamente ao beneficiário egresso de internação psiquiátrica de longa permanência para apoiar sua assistência, acompanhamento e integração social fora da unidade hospitalar. Pela **explicação técnica**, o programa destina-se a pessoas que permaneceram internadas por período igual ou superior a dois anos ininterruptos

em hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, garantindo um benefício pecuniário mensal vitalício depositado em conta bancária em nome do próprio titular. Na **aplicação prática**, a equipe do CAPS e da gestão municipal realiza o levantamento documental do histórico de internação, providencia a emissão de registro civil, CPF e conta bancária e cadastra o usuário no sistema federal do Ministério da Saúde. Como **exemplos reais**, mencionam-se os mutirões de documentação civil e bancarização realizados em hospitais em processo de desinstitucionalização no interior de São Paulo e do Rio de Janeiro, garantindo que centenas de egressos passassem a gerir seu próprio dinheiro.

Os **impactos profissionais** envolvem a atuação conjunta de assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e técnicos de referência no apoio à educação financeira e na proteção do beneficiário contra exploração patrimonial. As **boas práticas** incluem a construção pactuada com o usuário sobre o uso de seus recursos para aquisição de roupas, itens pessoais, lazer e poupança, respeitando suas escolhas individuais. Entre os **erros comuns** estão a retenção indevida do cartão bancário ou da senha do beneficiário por familiares ou instituições sem autorização legal, ou a demora na solicitação do benefício por falta de busca dos prontuários antigos de internação. No **contexto operacional**, o Programa De Volta Para Casa restitui o poder de troca econômica do cidadão e viabiliza materialmente sua permanência digna na comunidade.

Aula 8.4: Censo Psicossocial e Planos Operativos de Desinstitucionalização O **conceito** de Censo Psicossocial e Plano Operativo de Desinstitucionalização refere-se ao diagnóstico epidemiológico, clínico e sociofamiliar detalhado de toda a população internada em hospitais psiquiátricos de um território, seguido pelo planejamento estratégico das ações necessárias para sua saída segura e reinserção comunitária. Na **explicação técnica**, o censo mapeia variáveis como tempo de internação, município de origem, existência de vínculos familiares, documentação civil, benefícios previdenciários, grau de dependência física e necessidades habitacionais específicas de cada morador institucionalizado. A **aplicação prática** utiliza os dados do censo para dimensionar exatamente quantos Serviços Residenciais Terapêuticos Tipo I e Tipo II precisarão ser abertos em cada município de origem e quais equipes de desinstitucionalização atuarão no acompanhamento da transição. Como **exemplos reais**, citam-se os censos psicossociais realizados pelos estados de São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro, que permitiram identificar milhares de moradores de longa permanência sem registro civil e organizar planos regionais de retorno aos seus municípios de nascimento.

Os **impactos profissionais** exigem competência em pesquisa social aplicada, articulação interfederativa entre municípios de origem e municípios sede dos hospitais, e gestão de projetos complexos. Entre as **boas práticas** estão a constituição de equipes específicas de desinstitucionalização (previstas na Portaria GM/MS

nº 2.840/2014) para atuar dentro do hospital preparando os pacientes meses antes da mudança e acompanhando-os após a saída. Os **erros comuns** incluem transferir pacientes de um hospital psiquiátrico fechado para abrigos assistenciais fechados ou instituições de longa permanência para idosos sem projeto terapêutico psicossocial, reproduzindo o isolamento institucional sob outra nomenclatura. No **contexto operacional**, o censo psicossocial garante que nenhum cidadão seja esquecido dentro das instituições asilares durante os processos de reestruturação da rede.

Aula 8.5: Reabilitação Psicossocial, Trabalho e Economia Solidária

O **conceito** de inclusão produtiva e economia solidária na saúde mental compreende o desenvolvimento de empreendimentos coletivos autogestionários e cooperativas sociais que garantem o direito ao trabalho digno e à geração de renda para pessoas com transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas. Pela **explicação técnica**, fundamentada na Lei Federal nº 9.867/1999 (Lei das Cooperativas Sociais) e nas portarias interministeriais entre Saúde e Trabalho, a economia solidária substitui a competição excludente do mercado tradicional pela cooperação, propriedade coletiva e adaptação das jornadas às singularidades dos trabalhadores. Na **aplicação prática**, os municípios implantam incubadoras de empreendimentos solidários, oficinas de geração de renda e pontos de comercialização em feiras públicas e eventos institucionais. Como **exemplos reais**, destacam-se a Associação Vida em Ação, o Projeto Arte e Convivência e diversas cooperativas

de alimentação, serigrafia, marcenaria e reciclagem vinculadas às redes municipais de saúde mental em Campinas, Belo Horizonte e Rio de Janeiro.

Os **impactos profissionais** demandam dos terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais e gestores conhecimento sobre legislação cooperativista, precificação justa, gestão participativa e captação de editais públicos. As **boas práticas** incluem a garantia de remuneração real proporcional ao trabalho produzido e a articulação com as secretarias municipais de trabalho, assistência social e cultura para ampliar espaços de comercialização. Entre os **erros comuns** estão a manutenção de oficinas terapêuticas onde os produtos são vendidos sem repasse financeiro transparente aos usuários ou a incompatibilidade entre o trabalho formal e a manutenção do Benefício de Prestação Continuada (BPC) sem orientação previdenciária adequada sobre o auxílio-inclusão. No **contexto operacional**, o trabalho associado consolida a cidadania plena e transforma o lugar social atribuído à pessoa em sofrimento psíquico na comunidade.

Módulo 9: Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas

Aula 9.1: Evolução Histórica das Políticas sobre Drogas no Brasil e a Política de 2003 O **conceito** da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, publicada em 2003, representa a ruptura com o paradigma exclusivamente proibicionista e jurídico-policial, inserindo o consumo prejudicial de substâncias psicoativas no campo da saúde

pública e dos direitos humanos. Na **explicação técnica**, essa política reconhece o uso de drogas como um fenômeno histórico, cultural e multifatorial, estruturando o cuidado a partir da rede pública aberta (CAPS AD), da intersetorialidade e da recusa a modelos únicos baseados na internação prolongada ou na criminalização do usuário. A **aplicação prática** orienta os gestores municipais a desenvolverem ações de prevenção, tratamento e reinserção social integradas ao SUS, respeitando a diversidade dos padrões de consumo e as singularidades de cada sujeito. Como **exemplos reais**, citam-se a criação dos primeiros CAPS AD em todo o território nacional a partir da Portaria GM/MS nº 336/2002 e a consolidação da estratégia de redução de danos como diretriz oficial do sistema público de saúde.

Os **impactos profissionais** exigem a superação de estigmas moralistas e religiosos na prática clínica pública, garantindo atendimento laico, baseado em evidências científicas e centrado na autonomia do cidadão. Entre as **boas práticas** estão a análise crítica das legislações sobre drogas (incluindo a Lei nº 11.343/2006) e a articulação permanente entre os conselhos municipais de saúde e os conselhos de políticas sobre drogas. Os **erros comuns** incluem confundir a atuação clínica do profissional de saúde com funções de controle moral ou condicionar o acesso aos serviços públicos de saúde à suspensão imediata e definitiva do uso de substâncias. No **contexto operacional**, o marco normativo da saúde pública assegura que o usuário de substâncias seja tratado

como cidadão portador de direitos e não como criminoso ou doente incurável.

Aula 9.2: Estratégia de Redução de Danos: Fundamentos Técnicos e Éticos O **conceito** de Redução de Danos define-se como um conjunto de políticas, programas e práticas clínicas de saúde pública que visam minimizar as consequências adversas à saúde, sociais e econômicas do uso de drogas lícitas e ilícitas, sem exigir necessariamente a abstinência imediata como pré-requisito para o cuidado. Pela **explicação técnica**, fundamentada na Portaria GM/MS nº 1.028/2005 e nas evidências da Organização Mundial da Saúde, a redução de danos atua na promoção do autocuidado, na prevenção de doenças transmissíveis (como HIV e hepatites virais), na redução de overdoses e na construção gradual de vínculos terapêuticos que podem ou não culminar na abstinência. Na **aplicação prática**, os redutores de danos e as equipes da RAPS distribuem insumos de proteção (como preservativos, protetores labiais, água potável e kits de higiene), realizam orientações sobre uso seguro, oferecem testagem rápida e acompanham o usuário nos territórios de uso. Como **exemplos reais**, destacam-se os programas pioneiros de troca de seringas em Santos e Salvador na década de 1990, que reduziram drasticamente a transmissão do HIV entre usuários de drogas injetáveis, e as atuais ações de redução de danos em cenas abertas de uso no Brasil.

Os **impactos profissionais** demandam escuta sem julgamento, respeito às metas estabelecidas pelo próprio usuário e criatividade clínica para propor passos possíveis de proteção à vida. As **boas**

práticas incluem a incorporação de redutores de danos com vivência territorial nas equipes multidisciplinares e a realização de educação permanente para desmistificar preconceitos dentro das unidades de saúde. Entre os **erros comuns** estão interpretar a redução de danos como incentivo ao consumo de drogas ou abandonar o acompanhamento de usuários que optam por metas de redução de consumo em vez de abstinência total. No **contexto operacional**, a redução de danos amplia o alcance da rede pública para populações altamente vulneráveis que historicamente evitavam os serviços tradicionais de saúde.

Aula 9.3: Equipes de Consultório na Rua e Cuidado à População em Situação de Rua O **conceito** de Equipes de Consultório na Rua (eCR) compreende equipes multiprofissionais itinerantes da Atenção Primária à Saúde que atuam de forma exclusiva e articulada com a RAPS para ofertar atenção integral à saúde da população em situação de rua no próprio espaço urbano. Na **explicação técnica**, instituídas pela Política Nacional de Atenção Básica e regulamentadas pela Portaria GM/MS nº 122/2011, as eCR organizam-se em três modalidades conforme a composição profissional (incluindo enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, médicos, técnicos de enfermagem e agentes sociais), operando em horários flexíveis inclusive noturnos. A **aplicação prática** consiste na busca ativa nas ruas, praças, viadutos e ocupações, realizando curativos, pré-natal, tratamento diretamente observado de tuberculose, acolhimento em saúde mental e articulação com os Centros POP do SUAS e com os CAPS

AD. Como **exemplos reais**, observam-se as equipes de Consultório na Rua atuando no centro de São Paulo, Rio de Janeiro, Salvador e Recife, que alcançam altos índices de adesão ao tratamento de tuberculose e vinculação ao pré-natal entre gestantes em situação de rua.

Os **impactos profissionais** exigem adaptabilidade para atuar fora das paredes institucionais, profundo respeito à cultura e às estratégias de sobrevivência da população de rua, e habilidade de mediação intersetorial. Entre as **boas práticas** estão a garantia de acolhimento imediato sem exigência de comprovante de residência ou documento de identidade nas unidades de saúde da rede (conforme o Decreto nº 7.053/2009 e normativas do Cartão Nacional de Saúde). Os **erros comuns** incluem realizar abordagens higienistas de recolhimento compulsório ou recusar atendimento em Unidades Básicas de Saúde e UPAs sob a justificativa de falta de documentos ou condições de higiene. No **contexto operacional**, o Consultório na Rua funciona como ponte essencial que garante o exercício efetivo do princípio constitucional da universalidade do SUS para os cidadãos mais invisibilizados das cidades.

Aula 9.4: Unidades de Acolhimento (UA) e Atenção Residencial de Caráter Transitório O **conceito** de Unidades de Acolhimento (UA) refere-se aos pontos de atenção residencial de caráter transitório integrantes da RAPS que oferecem acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em situação de acentuada vulnerabilidade social e familiar. Pela **explicação técnica**,

regulamentadas pela Portaria GM/MS nº 121/2012, as Unidades de Acolhimento dividem-se em Unidade de Acolhimento Adulto (UAA, com dez a quinze vagas) e Unidade de Acolhimento Infantojuvenil (UAI, com até dez vagas para crianças e adolescentes de dez a dezoito anos incompletos), com tempo de permanência de até seis meses e vinculação obrigatória a um CAPS AD de referência. Na **aplicação prática**, a UA funciona como uma residência transitória aberta na comunidade, onde o usuário reside temporariamente enquanto participa diariamente das atividades terapêuticas no CAPS AD, retoma estudos ou qualificação profissional e reconstrói vínculos familiares ou habitacionais. Como **exemplos reais**, citam-se as Unidades de Acolhimento implantadas em municípios como Belo Horizonte, Curitiba e Fortaleza, que oferecem ambiente protegido e acompanhamento educativo de vinte e quatro horas sem isolamento social.

Os **impactos profissionais** requerem atuação articulada entre a equipe de educadores sociais da UA e a equipe clínica do CAPS AD responsável pelo Projeto Terapêutico Singular de cada acolhido. As **boas práticas** incluem o planejamento da saída e da moradia futura desde os primeiros meses de acolhimento, articulando programas habitacionais e benefícios assistenciais do SUAS. Entre os **erros comuns** estão o uso da Unidade de Acolhimento como depósito para pessoas em situação de rua sem vínculo com o CAPS AD ou a aplicação de sanções expulsivas imediatas diante de episódios pontuais de recaída. No **contexto operacional**, as Unidades de Acolhimento preenchem uma lacuna crítica da rede ao

oferecer proteção habitacional temporária integrada ao cuidado aberto no SUS.

Aula 9.5: Comunidades Terapêuticas, Marco Regulatório e Fiscalização Sanitária O **conceito** de Comunidades Terapêuticas no contexto das políticas públicas brasileiras refere-se às entidades privadas, geralmente sem fins lucrativos e frequentemente de orientação religiosa, que oferecem acolhimento residencial prolongado a pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas, submetidas a regulamentação sanitária e fiscalização estatal específicas. Na **explicação técnica**, o funcionamento dessas instituições é regido pela Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA (RDC nº 29/2011) e por resoluções do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), que estabelecem o caráter estritamente voluntário da adesão, a vedação à internação involuntária ou compulsória nesses estabelecimentos, a proibição de castigos físicos ou isolamento, e a exigência de avaliação diagnóstica prévia por equipe de saúde. A **aplicação prática** envolve a inspeção periódica pela Vigilância Sanitária municipal e estadual, o acompanhamento pelo Ministério Público e a verificação da articulação com a rede pública de saúde para atendimento clínico e farmacológico dos acolhidos. Como **exemplos reais**, mencionam-se os relatórios nacionais de inspeção conjunta realizados pelo Ministério Público Federal, Conselho Federal de Psicologia e Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, que identificaram tanto instituições adequadas

às normas sanitárias quanto estabelecimentos irregulares que praticavam cárcere privado e trabalho forçado.

Os **impactos profissionais** exigem dos gestores, auditores e profissionais da RAPS rigor técnico para diferenciar estabelecimentos de saúde regulados pela Lei nº 10.216/2001 de entidades de acolhimento social sujeitas à RDC nº 29/2011, assegurando que o financiamento público priorize a expansão da rede estatal aberta do SUS. Entre as **boas práticas** estão a exigência de avaliação médica e psicossocial independente na RAPS antes de qualquer encaminhamento para acolhimento residencial e a garantia do direito livre de desligamento a qualquer momento pelo acolhido. Os **erros comuns** incluem o encaminhamento judicial ou administrativo para comunidades terapêuticas sem consentimento livre do usuário ou a aceitação de entidades que retêm documentos, benefícios previdenciários ou medicamentos prescritos pelos serviços do SUS. No **contexto operacional**, a fiscalização sanitária e o controle social rigorosos são indispensáveis para garantir o respeito à liberdade religiosa, à integridade física e aos direitos humanos dos cidadãos acolhidos.

Módulo 10: Saúde Mental Infantojuvenil e Políticas de Proteção Integral

Aula 10.1: Diretrizes Nacionais para a Atenção em Saúde Mental de Crianças e Adolescentes O **conceito** das Diretrizes Nacionais para a Atenção em Saúde Mental de Crianças e Adolescentes fundamenta-se na doutrina constitucional da proteção integral estabelecida pelo artigo 227 da Constituição Federal de 1988 e pelo

Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990), reconhecendo crianças e adolescentes como sujeitos de direitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento. Na **explicação técnica**, sistematizada no documento Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infantojuvenil do Ministério da Saúde e nas portarias da RAPS, a atenção deve organizar-se em rede intersetorial, com acolhimento universal, encaminhamento implicado, construção permanente da rede e território como espaço privilegiado de intervenção. A **aplicação prática** significa que nenhum serviço de saúde pode simplesmente recusar o atendimento de uma criança ou adolescente sem garantir a escuta inicial e a articulação responsável com o ponto de atenção adequado. Como **exemplos reais**, destacam-se os fóruns intersetoriais permanentes da infância e juventude implantados em municípios brasileiros, reunindo saúde, educação, assistência social e conselhos tutelares para discutir casos complexos de forma compartilhada.

Os **impactos profissionais** exigem formação específica para lidar com as expressões singulares do sofrimento psíquico na infância e adolescência, evitando a transposição mecânica de categorias diagnósticas do adulto. As **boas práticas** incluem o envolvimento ativo dos pais ou responsáveis legais no processo terapêutico e a criação de ambiências acolhedoras e lúdicas nos serviços de saúde. Entre os **erros comuns** estão a emissão de laudos clínicos exclusivamente para atender demandas administrativas de escolas ou varas judiciais sem vinculação terapêutica contínua, ou o

isolamento clínico da criança sem trabalhar o contexto familiar e escolar. No **contexto operacional**, a política infantojuvenil demanda trabalho em rede denso e comunicação ágil entre todos os atores do Sistema de Garantia de Direitos.

Aula 10.2: Atenção ao Transtorno do Espectro Autista (TEA) e Deficiências na RAPS O **conceito** da atenção às pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) na Rede de Atenção Psicossocial baseia-se na Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Lei nº 12.764/2012, conhecida como Lei Berenice Piana) e nas Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com TEA no SUS. Pela **explicação técnica**, a legislação equipara a pessoa com TEA à pessoa com deficiência para todos os efeitos legais e estabelece a atuação integrada entre a RAPS (especialmente os CAPS i e a Atenção Básica) e a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (como os Centros Especializados em Reabilitação - CER). Na **aplicação prática**, o cuidado envolve a identificação precoce de sinais de risco no desenvolvimento infantil durante as consultas de puericultura, o diagnóstico interdisciplinar, o desenvolvimento de comunicação alternativa, o apoio às famílias e a articulação para inclusão escolar. Como **exemplos reais**, citam-se as linhas de cuidado municipais integradas entre UBS, CAPS i e CER que oferecem estimulação precoce, grupos de orientação para cuidadores e apoio técnico aos professores de salas de recursos multifuncionais.

Os **impactos profissionais** exigem atualização científica sobre as diferentes abordagens terapêuticas baseadas em evidências, capacidade de trabalho interdisciplinar entre fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos e médicos, e respeito à neurodiversidade. Entre as **boas práticas** estão a construção do Projeto Terapêutico Singular centrado nas potencialidades de comunicação e interação social da criança e o suporte contínuo contra a sobrecarga emocional das mães e cuidadores. Os **erros comuns** incluem a disputa institucional entre serviços de saúde mental e de reabilitação que deixa a família sem atendimento, ou a imposição de terapias excessivamente longas e fragmentadas que retiram a criança do convívio escolar e comunitário. No **contexto operacional**, a integração entre RAPS e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência assegura atendimento integral e oportuno em todos os ciclos de vida, inclusive na transição do adolescente com TEA para a vida adulta.

Aula 10.3: Articulação entre Saúde Mental, Escola e Sistema Único de Assistência Social (SUAS) O **conceito** de articulação intersetorial entre saúde mental, educação e assistência social compreende a construção de estratégias conjuntas entre os equipamentos do SUS, as escolas públicas e os serviços do SUAS (CRAS, CREAS e Serviços de Acolhimento Institucional) para enfrentar as vulnerabilidades sociais e promover o desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes. Na **explicação técnica**, apoiada no Programa Saúde na Escola (Decreto nº 6.286/2007) e nos protocolos interministeriais de proteção social, essa articulação

reconhece que dificuldades escolares, evasão, violência doméstica e trabalho infantil exigem respostas coordenadas e não apenas intervenções clínicas isoladas. A **aplicação prática** realiza-se por meio de reuniões periódicas entre equipes dos CAPS i ou UBS e equipes pedagógicas das escolas para discutir estratégias inclusivas, além do acompanhamento conjunto de adolescentes em medidas socioeducativas em meio aberto no CREAS. Como **exemplos reais**, observam-se projetos de matriciamento escolar conduzidos por equipes de saúde mental que auxiliam gestores escolares a manejar situações de automutilação e sofrimento agudo entre adolescentes sem pânico ou estigmatização.

Os **impactos profissionais** demandam habilidade para traduzir conceitos clínicos em orientações pedagógicas e sociais acessíveis, respeitando o sigilo profissional sobre dados íntimos do prontuário. As **boas práticas** incluem a pactuação de fluxos claros de encaminhamento entre escolas, CRAS, CREAS e unidades de saúde, evitando a judicialização desnecessária de conflitos escolares cotidianos. Entre os **erros comuns** estão a exigência escolar de laudo médico psiquiátrico como condição para matricular ou garantir apoio pedagógico ao aluno (prática vedada pela Política Nacional de Educação Especial) e o trabalho paralelo das redes sem comunicação entre os técnicos de referência. No **contexto operacional**, a intersetorialidade potencializa os recursos públicos existentes no território e oferece uma rede de proteção sólida ao redor da criança e do adolescente.

Aula 10.4: Acolhimento Institucional de Crianças e Adolescentes e Desinstitucionalização O **conceito** de cuidado em saúde mental para crianças e adolescentes em serviços de acolhimento institucional (abrigos e casas-lares) refere-se à garantia de atenção psicossocial prioritária e à prevenção da institucionalização prolongada e da patologização da pobreza. Pela **explicação técnica**, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente e as Orientações Técnicas para Serviços de Acolhimento do Conselho Nacional de Assistência Social, o afastamento do convívio familiar é medida excepcional e provisória, jamais podendo ser motivado pela falta de recursos materiais da família ou por transtorno mental dos genitores sem suporte prévio da rede. Na **aplicação prática**, as equipes da RAPS realizam acompanhamento sistemático junto às equipes dos abrigos, oferecem suporte clínico às crianças afastadas de suas famílias e trabalham na reabilitação psicossocial dos pais para viabilizar a reintegração familiar segura sempre que possível. Como **exemplos reais**, destacam-se os planos conjuntos entre CAPS i, CAPS adulto e Serviços de Acolhimento que evitam a destituição precipitada do poder familiar de mães com transtornos mentais ao oferecer suporte domiciliar e familiar integrado.

Os **impactos profissionais** exigem postura crítica diante de práticas históricas que institucionalizavam crianças pobres ou filhos de pessoas com transtornos mentais em antigos educandários e hospitais. Entre as **boas práticas** estão a participação dos técnicos da saúde mental nas audiências concentradas da Vara da Infância e Juventude para subsidiar decisões judiciais voltadas à

reintegração familiar ou à inclusão em famílias acolhedoras. Os **erros comuns** incluem a prescrição excessiva de psicotrópicos para controlar comportamentos reativos ao sofrimento da institucionalização nos abrigos ou a naturalização da permanência de adolescentes em abrigos por anos sem projeto de autonomia. No **contexto operacional**, a atuação integrada protege os vínculos afetivos e assegura o direito fundamental à convivência familiar e comunitária.

Aula 10.5: Adolescentes em Conflito com a Lei, Medidas Socioeducativas e a PNAISARI O **conceito** da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI) consiste na normativa interministerial que garante o acesso universal e integral às ações e serviços do SUS, incluindo a atenção psicossocial, aos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto ou fechado. Na **explicação técnica**, instituída pela Portaria GM/MS nº 1.082/2014 e articulada ao Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE - Lei nº 12.594/2012), a PNAISARI estabelece que a saúde dos adolescentes privados de liberdade é responsabilidade da rede municipal e estadual do SUS do território onde se localiza a unidade socioeducativa, vedando a criação de serviços clínicos fechados e isolados dentro das unidades. A **aplicação prática** envolve a vinculação de cada unidade de internação ou semiliberdade a uma equipe de Atenção Básica e a um CAPS ou CAPS i de referência, garantindo atendimentos externos na rede sempre que clinicamente indicado. Como **exemplos reais**, citam-se

os planos operativos municipais da PNAISARI habilitados em estados como Minas Gerais, Bahia e Rio Grande do Sul, que asseguram acompanhamento psicossocial contínuo durante a internação socioeducativa e na transição para o meio aberto.

Os **impactos profissionais** demandam atuação ética firme contra a medicalização do controle disciplinar dentro das unidades socioeducativas e compromisso com a reinserção social dos jovens. As **boas práticas** incluem a construção de Projetos Terapêuticos Singulares articulados com o Plano Individual de Atendimento (PIA) do SINASE e o apoio às famílias durante o cumprimento da medida. Entre os **erros comuns** estão a utilização de psicofármacos como contenção química para manter a disciplina institucional nas unidades de internação ou a interrupção abrupta do cuidado em saúde mental no momento em que o adolescente recebe progressão de medida para o meio aberto. No **contexto operacional**, a efetivação da PNAISARI rompe a lógica punitivista e assegura o direito constitucional à saúde mesmo durante a restrição judicial de liberdade.

Módulo 11: Saúde Mental e o Sistema de Justiça: Medidas de Segurança e PNAISP

Aula 11.1: Inimputabilidade Penal, Código Penal e Medidas de Segurança O **conceito** de inimputabilidade penal e medidas de segurança refere-se ao regime jurídico aplicado às pessoas que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, eram ao tempo da ação ou da omissão inteiramente incapazes de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se

de acordo com esse entendimento. Pela **explicação técnica**, conforme os artigos 26 e 96 a 99 do Código Penal Brasileiro e a Lei de Execução Penal (Lei nº 7.210/1984), o agente inimputável não recebe pena privativa de liberdade, mas é submetido à medida de segurança consistente em internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou sujeição a tratamento ambulatorial, mediante instauração de incidente de insanidade mental no processo penal. Na **aplicação prática**, a perícia médico-legal psiquiátrica avalia o nexo causal entre o transtorno mental e o ato praticado, subsidiando a sentença judicial de absolvição imprópria. Como **exemplos reais**, observam-se os processos penais de execução de medidas de segurança acompanhados pelas Varas de Execuções Penais, nos quais historicamente a ausência de prazo máximo definido na lei gerava internações perpétuas até a consolidação da jurisprudência do Supremo Tribunal Federal limitando a duração ao máximo da pena abstratamente cominada.

Os **impactos profissionais** exigem dos peritos psiquiatras, assistentes sociais, psicólogos judiciários e trabalhadores do SUS rigor técnico na diferenciação entre a função pericial (voltada a responder quesitos judiciais) e a função assistencial terapêutica. As **boas práticas** incluem a avaliação rigorosa das condições sociais e de suporte familiar para recomendar prioritariamente o cumprimento da medida de segurança em regime ambulatorial na RAPS. Entre os **erros comuns** estão a confusão ética entre o papel de terapeuta do serviço público e o de perito judicial sobre o mesmo paciente, violando o sigilo profissional, ou a manutenção de internações

judiciais por décadas devido à mera ausência de suporte habitacional externo. No **contexto operacional**, o diálogo técnico entre saúde e justiça é indispensável para alinhar a execução penal aos princípios da Lei nº 10.216/2001.

Aula 11.2: A Resolução CNJ nº 487/2023 e a Política Antimanicomial do Poder Judiciário O **conceito** da Resolução nº 487/2023 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) compreende o marco normativo histórico que institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei nº 10.216/2001 no âmbito dos processos penais. Na **explicação técnica**, a resolução determina o fechamento gradual e programado dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) e alas psiquiátricas prisionais em todo o país, proibindo novas internações nessas instituições e direcionando o cuidado de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei para a Rede de Atenção Psicossocial do SUS. A **aplicação prática** exige que juízes criminais e de execução penal revisem todos os processos ativos de medidas de segurança, realizem audiências de custódia com avaliação biopsicossocial e determinem a desinstitucionalização assistida dos internos atuais com apoio das equipes do SUS e do SUAS. Como **exemplos reais**, destacam-se os planos estaduais de desinstitucionalização judiciária executados por comitês interinstitucionais nos Tribunais de Justiça e Secretarias de Saúde de estados como Minas Gerais,

Goiás e Bahia, que já encerraram ou reconverteram seus antigos manicômios judiciários.

Os **impactos profissionais** colocam os trabalhadores da RAPS, dos Serviços Residenciais Terapêuticos e dos Centros de Atenção Psicossocial no centro do acolhimento e da reinserção social dos egressos do sistema de justiça criminal. Entre as **boas práticas** estão a criação de fluxos pactuados entre os Juízos Criminais, a Defensoria Pública, o Ministério Público e as Coordenações de Saúde Mental antes da expedição dos alvarás de desinternação, garantindo moradia, documentação e acompanhamento clínico imediato. Os **erros comuns** incluem a recusa estigmatizante de serviços da RAPS em acolher pessoas egressas de medidas de segurança sob alegação de periculosidade presumida, ou a liberação judicial sem articulação prévia com a rede de saúde e assistência social. No **contexto operacional**, a Resolução CNJ nº 487/2023 corrige uma lacuna histórica de mais de vinte anos na aplicação da Reforma Psiquiátrica às pessoas submetidas ao sistema penal.

Aula 11.3: Equipes de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP) O **conceito** das Equipes de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP) define-se como dispositivos especializados do SUS criados para atuar como conectores estratégicos entre o Poder Judiciário, o sistema prisional e os pontos de atenção da RAPS e do SUAS. Pela **explicação**

técnica, instituídas pela Portaria GM/MS nº 94/2014 no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), as EAP são compostas por equipe multiprofissional (enfermeiro, médico psiquiatra, psicólogo, assistente social e profissional graduado em ciências humanas ou da saúde) com atribuição exclusiva de avaliação biopsicossocial e articulação de rede. Na **aplicação prática**, a EAP identifica pessoas com transtorno mental presas provisoriamente ou cumprindo medida de segurança, elabora pareceres técnicos de singularização do cuidado para subsidiar decisões judiciais e acompanha sua inserção nos CAPS, UBS e SRT do território. Como **exemplos reais**, mencionam-se as experiências pioneiras do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ) em Minas Gerais e do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI) em Goiás, que inspiraram a criação nacional das EAP pelo Ministério da Saúde.

Os **impactos profissionais** exigem domínio profundo tanto da clínica psicossocial quanto da linguagem e dos ritos do processo penal, atuando como tradutores técnicos entre dois campos institucionais distintos. As **boas práticas** incluem a realização de visitas regulares às unidades prisionais e audiências de custódia, o diálogo permanente com defensores públicos e promotores, e a corresponsabilização junto aos técnicos de referência dos CAPS municipais sem substituir o atendimento clínico territorial. Entre os **erros comuns** estão transformar a EAP em um ambulatório próprio que atende diretamente os pacientes em vez de vinculá-los à rede

municipal de origem, ou utilizar a equipe para realizar perícias criminais de imputabilidade. No **contexto operacional**, a atuação da EAP reduz drasticamente o tempo de encarceramento indevido de pessoas em sofrimento psíquico e assegura adesão efetiva ao tratamento em liberdade.

Aula 11.4: Saúde Mental no Sistema Prisional e a PNAISP O **conceito** de atenção à saúde mental no sistema prisional refere-se ao conjunto de ações de prevenção, promoção, diagnóstico e tratamento ofertadas às pessoas privadas de liberdade sob custódia do Estado, regidas pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). Na **explicação técnica**, instituída pela Portaria Interministerial nº 1/2014 entre os Ministérios da Saúde e da Justiça, a PNAISP reconhece as unidades prisionais como pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde do SUS, garantindo o acesso integral aos serviços externos especializados sempre que a complexidade clínica ultrapassar a capacidade da equipe de atenção básica prisional. A **aplicação prática** envolve o rastreamento de transtornos mentais, risco de suicídio e uso prejudicial de substâncias no ingresso prisional, o acompanhamento clínico contínuo na unidade e a articulação com a RAPS municipal para atendimentos em CAPS e emergências em UPAs ou hospitais gerais. Como **exemplos reais**, observam-se os planos operativos municipais da PNAISP que garantem escolta humanizada para consultas de saúde mental na rede externa e protocolos de prevenção ao suicídio dentro de cadeias públicas e penitenciárias.

Os **impactos profissionais** exigem firme compromisso ético com a autonomia técnica e o sigilo médico-assistencial diante das pressões disciplinares da administração penitenciária. Entre as **boas práticas** estão a garantia de atendimento clínico sem a presença de agentes penitenciários dentro do consultório (salvo risco comprovado e justificado) e o planejamento da continuidade do cuidado na RAPS municipal antes da progressão de regime ou do alvará de soltura. Os **erros comuns** incluem o uso de psicofármacos sedativos para controle disciplinar coletivo nas celas ou a interrupção abrupta da medicação psiquiátrica durante transferências entre unidades prisionais. No **contexto operacional**, a PNAISP afirma que a privação de liberdade não suspende o direito constitucional à saúde nem a dignidade humana do cidadão custodiado.

Aula 11.5: Curatela, Tomada de Decisão Apoiada e o Estatuto da Pessoa com Deficiência O **conceito** de capacidade civil plena, Tomada de Decisão Apoiada e curatela excepcional fundamenta-se na Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015, conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência), que promoveu profunda reforma no Código Civil Brasileiro para afirmar que a deficiência ou o transtorno mental não afeta a plena capacidade civil da pessoa. Pela **explicação técnica**, a legislação extinguiu a figura da interdição civil absoluta para pessoas com transtornos mentais, restringindo a curatela a medida protetiva extraordinária, proporcional às necessidades e circunstâncias de cada caso, afetando tão somente os atos relacionados aos direitos

de natureza patrimonial e negocial, além de criar o instituto da Tomada de Decisão Apoiada. Na **aplicação prática**, os profissionais da RAPS elaboram relatórios técnicos multidisciplinares que orientam o Poder Judiciário e a Defensoria Pública sobre a autonomia funcional do usuário, evitando interdições genéricas que retiram o direito ao voto, ao casamento, ao trabalho e às decisões sobre o próprio corpo. Como **exemplos reais**, citam-se as ações de revisão de curatelas antigas conduzidas por Defensorias Públicas Estaduais em parceria com equipes de CAPS e SRT, restituindo a autonomia civil a cidadãos que haviam sido interditados décadas atrás durante internações psiquiátricas.

Os **impactos profissionais** exigem conhecimento atualizado do direito civil constitucionalizado para orientar corretamente famílias que frequentemente solicitam laudos de interdição apenas para obter benefícios previdenciários como o BPC-LOAS. As **boas práticas** incluem esclarecer aos familiares e às agências previdenciárias que a curatela judicial não é requisito legal para a concessão ou recebimento do Benefício de Prestação Continuada, podendo ser utilizada a procuração simples ou a representação administrativa. Entre os **erros comuns** estão a emissão de atestados médicos declarando incapacidade total e permanente para todos os atos da vida civil de forma automática ou o incentivo à interdição para facilitar a gestão doméstica de recursos pela família. No **contexto operacional**, a aplicação correta da Lei nº

13.146/2015 protege a autodeterminação dos usuários e previne abusos patrimoniais por parte de terceiros.

Módulo 12: Saúde Mental no Trabalho, Adoecimento Ocupacional e Legislação Previdenciária

Aula 12.1: Nexo Causal entre Trabalho e Sofrimento Psíquico e Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho O **conceito** de saúde mental relacionada ao trabalho compreende o estudo e a intervenção sobre os determinantes organizacionais, ergonômicos e psicossociais do ambiente laboral que produzem desgaste mental, sofrimento psíquico e transtornos mentais diagnosticáveis nos trabalhadores. Na **explicação técnica**, apoiada na Psicodinâmica do Trabalho de Christophe Dejours e na atualização da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT) promovida pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria GM/MS nº 1.999/2023 (e atualizações vigentes), diversos transtornos mentais e comportamentais possuem reconhecimento epidemiológico e normativo de nexo com fatores de risco psicossociais no trabalho, como assédio moral, metas abusivas, jornadas exaustivas e violência ocupacional. A **aplicação prática** envolve a investigação detalhada da história ocupacional durante a anamnese clínica no SUS, identificando condições de trabalho adoecedoras e estabelecendo o nexo técnico epidemiológico ou individual. Como **exemplos reais**, destacam-se a inclusão expressa da Síndrome de Burnout (esgotamento profissional), de episódios depressivos e de transtornos de ansiedade associados a riscos psicossociais organizacionais na lista oficial do Ministério da Saúde.

Os **impactos profissionais** exigem que médicos, psicólogos e equipes da RAPS e dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) incorporem a categoria trabalho como determinante central do processo saúde-doença. As **boas práticas** incluem a realização de anamnese ocupacional estruturada em todos os atendimentos de saúde mental de adultos e a articulação permanente entre os CAPS e os CEREST regionais. Entre os **erros comuns** estão atribuir o adoecimento mental do trabalhador exclusivamente a fragilidades individuais ou conflitos familiares, ignorando a organização tóxica do trabalho e omitindo a emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT). No **contexto operacional**, o reconhecimento do nexo laboral assegura direitos previdenciários e trabalhistas legítimos e subsidia ações de vigilância em ambientes de trabalho.

Aula 12.2: Síndrome de Burnout, Assédio Moral e Riscos Psicossociais (NR-01 e NR-17) O **conceito** de gerenciamento de riscos psicossociais no trabalho refere-se à obrigação legal das organizações públicas e privadas de identificar, avaliar, prevenir e controlar fatores da organização do trabalho capazes de causar adoecimento mental, como sobrecarga cognitiva, falta de autonomia, assédio moral e sexual, e insegurança laboral. Pela **explicação técnica**, conforme a Norma Regulamentadora nº 17 (Ergonomia) e a atualização da Norma Regulamentadora nº 01 (Disposições Gerais e Gerenciamento de Riscos Ocupacionais - GRO/PGR, com inclusão expressa dos riscos psicossociais pela Portaria MTE nº 1.419/2024), as empresas devem integrar os

fatores psicossociais ao Programa de Gerenciamento de Riscos e implementar medidas preventivas coletivas. Na **aplicação prática**, serviços de segurança e saúde no trabalho, comissões internas de prevenção de acidentes e assédio (CIPA) e órgãos de vigilância sanitária avaliam a organização das tarefas, os ritmos de produção e os canais de denúncia de violência psicológica. Como **exemplos reais**, observam-se as intervenções de fiscalização do Ministério Público do Trabalho e da Vigilância em Saúde do Trabalhador em setores de teleatendimento, bancos e hospitais que resultaram em Termos de Ajustamento de Conduta (TAC) para eliminar metas abusivas e práticas de assédio organizacional.

Os **impactos profissionais** demandam atuação preventiva focada na transformação das condições reais de trabalho em vez de medidas paliativas centradas apenas no indivíduo, como palestras motivacionais isoladas. Entre as **boas práticas** estão a realização de diagnósticos participativos com os trabalhadores sobre a organização das tarefas, o fortalecimento de canais confidenciais de acolhimento contra o assédio moral e a garantia de pausas e autonomia técnica. Os **erros comuns** incluem responsabilizar o trabalhador pela falta de resiliência diante de jornadas extenuantes ou aplicar questionários psicológicos individuais sem promover nenhuma mudança na gestão da empresa. No **contexto operacional**, o cumprimento das normas regulamentadoras previne afastamentos prolongados, reduz a rotatividade de pessoal e protege a saúde coletiva nos ambientes laborais.

Aula 12.3: Perícia Médica Previdenciária, BPC-LOAS e Auxílio por Incapacidade Temporária O **conceito** de proteção previdenciária e assistencial em saúde mental abrange o conjunto de benefícios pecuniários administrados pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) destinados a garantir a subsistência do cidadão quando o transtorno mental gera incapacidade laboral temporária ou permanente, ou impedimento de longo prazo associado à vulnerabilidade socioeconômica. Na **explicação técnica**, regida pela Lei nº 8.213/1991 (Planos de Benefícios da Previdência Social) e pela Lei nº 8.742/1993 (Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS), distinguem-se o Auxílio por Incapacidade Temporária (comum B31 ou acidentário B91, quando há nexo com o trabalho), a Aposentadoria por Incapacidade Permanente e o Benefício de Prestação Continuada (BPC-LOAS), que assegura um salário mínimo mensal à pessoa com deficiência ou transtorno mental grave de longo prazo com renda familiar per capita dentro dos critérios legais. A **aplicação prática** exige que os profissionais da RAPS elaborem relatórios médicos e psicossociais detalhados, descrevendo as limitações funcionais concretas do usuário (conforme a Classificação Internacional de Funcionalidade - CIF) e o plano terapêutico em curso. Como **exemplos reais**, citam-se os mutirões conjuntos realizados entre equipes de CAPS, CRAS e INSS para realizar a avaliação social e médica do BPC-LOAS de usuários graves sem vínculo previdenciário prévio.

Os **impactos profissionais** exigem precisão técnica na redação de relatórios assistenciais, diferenciando o diagnóstico nosológico da

repercussão funcional sobre a capacidade de trabalho e vida independente. As **boas práticas** incluem a orientação clara ao usuário sobre a documentação necessária para a perícia médica e social, a manutenção da continuidade do tratamento durante o afastamento e o suporte no processo de reabilitação profissional e retorno gradual ao trabalho. Entre os **erros comuns** estão a emissão de atestados lacônicos contendo apenas o código da Classificação Internacional de Doenças (CID) sem descrição funcional, o que frequentemente leva ao indeferimento pericial, ou a interrupção do acompanhamento clínico após a concessão do benefício. No **contexto operacional**, o acesso aos direitos previdenciários e assistenciais estabiliza as condições materiais de vida do usuário e favorece sua recuperação clínica.

Aula 12.4: Notificação Compulsória no SINAN e Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) O **conceito** de notificação compulsória de transtornos mentais relacionados ao trabalho consiste na comunicação obrigatória às autoridades sanitárias de todo caso suspeito ou confirmado de adoecimento psíquico associado às condições laborais, alimentando o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Pela **explicação técnica**, conforme a Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública (Portaria de Consolidação GM/MS nº 4/2017 e atualizações), a notificação dos transtornos mentais relacionados ao trabalho é realizada em unidades sentinelas e serviços da rede de saúde, enquanto a tentativa de suicídio e as violências interpessoais são de notificação

universal imediata. Na **aplicação prática**, qualquer profissional de saúde que identifique sofrimento psíquico decorrente de assédio, acidente grave ou condições laborais preenche a ficha específica do SINAN e encaminha o caso para investigação epidemiológica pelo CEREST e pela Vigilância em Saúde do Trabalhador. Como **exemplos reais**, observam-se investigações sanitárias desencadeadas por notificações no SINAN provenientes de CAPS que revelaram surtos de adoecimento mental em trabalhadores de frigoríficos e redes varejistas, motivando inspeções conjuntas e correções ambientais.

Os **impactos profissionais** reforçam o papel estratégico dos trabalhadores da RAPS como agentes de vigilância epidemiológica capazes de dar visibilidade pública a agravos ocupacionais frequentemente ocultados. Entre as **boas práticas** estão a disponibilização acessível das fichas do SINAN nos consultórios e prontuários eletrônicos dos CAPS e UBS e a discussão periódica dos dados notificados com o CEREST regional. Os **erros comuns** incluem a crença equivocada de que apenas o médico pode preencher a ficha de notificação do SINAN ou o receio infundado de retaliação jurídica por notificar casos suspeitos de nexo laboral. No **contexto operacional**, a notificação sistemática transforma casos individuais em informação epidemiológica estratégica para políticas preventivas intersetoriais.

Aula 12.5: Cuidando de Quem Cuida: Saúde Mental dos Trabalhadores da RAPS O **conceito** de saúde mental dos trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial refere-se às

estratégias institucionais de prevenção do desgaste emocional, da fadiga por compaixão e do adoecimento ocupacional das equipes que lidam cotidianamente com o sofrimento psíquico intenso e a vulnerabilidade social extrema. Na **explicação técnica**, o trabalho em saúde mental envolve alta carga afetiva, exposição a situações de crise e violência estrutural, exigindo dispositivos regulares de elaboração coletiva como a Supervisão Clínico-Institucional (prevista nas portarias ministeriais da RAPS) e a gestão participativa dos processos de trabalho. A **aplicação prática** consiste na contratação de supervisores externos com experiência na clínica psicossocial para conduzir encontros periódicos com toda a equipe do serviço, analisando os impasses clínicos, os conflitos relacionais internos e a relação com a rede. Como **exemplos reais**, destacam-se os programas municipais de supervisão clínico-institucional financiados com recursos federais e estaduais em redes de CAPS, que reduzem o absenteísmo e fortalecem a coesão técnica das equipes.

Os **impactos profissionais** traduzem-se na preservação da qualidade ética e clínica do cuidado ofertado aos usuários, uma vez que equipes adoecidas e fragmentadas tendem a reproduzir práticas defensivas e burocráticas. As **boas práticas** incluem a garantia de condições dignas de trabalho, vínculos empregatícios estáveis, espaços físicos adequados e educação permanente em serviço. Entre os **erros comuns** estão a precarização dos contratos de trabalho com alta rotatividade de profissionais e a substituição da supervisão clínico-institucional por cobranças estritamente

produtivistas de metas numéricas. No **contexto operacional**, cuidar das equipes de saúde mental é condição indispensável para a sustentabilidade humana e técnica da Reforma Psiquiátrica.

Módulo 13: Financiamento, Planejamento e Instrumentos de Gestão no SUS

Aula 13.1: Blocos de Financiamento do SUS e Custeio Federal da RAPS O **conceito** de financiamento público da saúde mental no SUS compreende o conjunto de regras constitucionais e infralegais que disciplinam o repasse regular e automático de recursos financeiros da União para Estados, Distrito Federal e Municípios, fundo a fundo, para implantação e custeio dos serviços da RAPS. Pela **explicação técnica**, regido pela Lei Complementar nº 141/2012 e pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 6/2017 (com as atualizações de recomposição de custeio promovidas a partir da Portaria GM/MS nº 660/2023 e subsequentes), o financiamento organiza-se nos blocos de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde e de Investimento na Rede de Serviços. Na **aplicação prática**, o município recebe incentivos financeiros de implantação para abertura de novos serviços e repasses mensais fixos de custeio conforme a tipologia habilitada (CAPS I, II, III, AD, i, SRT, UA e leitos em hospital geral), além de recursos de cofinanciamento estadual e contrapartida própria municipal. Como **exemplos reais**, observam-se os reajustes nos valores mensais de custeio dos CAPS e Serviços Residenciais Terapêuticos pactuados na Comissão Intergestores Tripartite para equilibrar os custos operacionais das redes municipais.

Os **impactos profissionais** exigem que coordenadores de saúde mental e gestores municipais dominem o acompanhamento dos extratos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) e a execução orçamentária vinculada aos blocos de financiamento. Entre as **boas práticas** estão o planejamento financeiro plurianual articulado com o setor contábil da Secretaria Municipal de Saúde e a garantia de que os recursos transferidos para saúde mental sejam integralmente aplicados no fortalecimento da RAPS. Os **erros comuns** incluem a perda de repasses mensais por falta de alimentação regular da produção ambulatorial no sistema do DATASUS por três meses consecutivos ou a devolução de recursos de implantação por atraso na abertura física do serviço habilitado. No **contexto operacional**, a gestão financeira eficiente assegura a manutenção contínua das equipes, dos insumos e das atividades territoriais.

Aula 13.2: Habilitação de Serviços no SAIPS e Qualificação dos Registros (RAAS e BPA) O **conceito** de habilitação de serviços no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS) e qualificação dos sistemas de informação refere-se aos procedimentos administrativos e técnicos obrigatórios para credenciar novos pontos da RAPS junto ao Ministério da Saúde e comprovar regularmente sua produção assistencial. Na **explicação técnica**, o fluxo de habilitação exige a inserção de proposta no SAIPS acompanhada de projeto técnico assistencial, relação nominal da equipe mínima cadastrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), parecer favorável da

Secretaria Estadual de Saúde e pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Após a publicação da portaria de habilitação, a manutenção do custeio depende do registro mensal adequado no Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS) para atendimentos vinculados ao PTS nos CAPS e no Boletim de Produção Ambulatorial (BPA-C e BPA-I) para ações coletivas e acolhimentos iniciais. A **aplicação prática** requer que a coordenação do serviço monitore mensalmente a consistência do CNES e o envio tempestivo dos arquivos de produção antes do fechamento do calendário nacional do DATASUS. Como **exemplos reais**, citam-se municípios que implementaram rotinas mensais de auditoria interna entre o técnico de referência e o setor de faturamento do SUS, elevando significativamente a visibilidade da produção territorial e evitando bloqueios de repasse.

Os **impactos profissionais** demandam rigor administrativo das chefias de serviço e clareza de toda a equipe sobre os códigos de procedimentos da Tabela SUS aplicáveis às ações psicossociais (como acolhimento diurno e noturno, atendimento domiciliar, práticas corporais, ações de reabilitação e matriciamento). As **boas práticas** incluem a capacitação periódica de todos os profissionais de nível superior e médio no preenchimento correto dos instrumentos de registro e a atualização imediata do CNES sempre que houver substituição de profissionais na equipe mínima. Entre os **erros comuns** estão a manutenção de profissionais desligados no CNES, o que gera apontamentos de auditoria do DENASUS, ou o registro exclusivo de consultas médicas individuais, omitindo as

ações multiprofissionais e comunitárias. No **contexto operacional**, a excelência nos registros sanitários garante segurança jurídica ao gestor e fornece dados fidedignos para o planejamento nacional da política.

Aula 13.3: Instrumentos de Planejamento do SUS: Plano de Saúde, PAS e RAG O **conceito** dos instrumentos de planejamento e gestão do SUS compreende o conjunto articulado de documentos legais obrigatórios — Plano Municipal ou Estadual de Saúde (PMS/PES), Programação Anual de Saúde (PAS) e Relatório Anual de Gestão (RAG) — por meio dos quais as ações e metas da política de saúde mental são formalizadas, orçadas e prestadas contas à sociedade. Pela **explicação técnica**, conforme a Lei Complementar nº 141/2012 e a Portaria de Consolidação GM/MS nº 1/2017, o Plano de Saúde estabelece as diretrizes, objetivos e metas para o período de quatro anos, a PAS operacionaliza anualmente essas metas com previsão orçamentária na Lei Orçamentária Anual (LOA), e o RAG apresenta os resultados alcançados à avaliação do Conselho de Saúde. Na **aplicação prática**, a coordenação de saúde mental deve participar ativamente da elaboração desses instrumentos, inserindo metas específicas como implantação de novos serviços da RAPS, redução de internações psiquiátricas, ampliação de cobertura de matriciamento e capacitação permanente das equipes. Como **exemplos reais**, destacam-se planos municipais de saúde elaborados após conferências municipais de saúde mental que vincularam expressamente metas de abertura de Serviços Residenciais

Terapêuticos e Centros de Convivência ao orçamento anual da secretaria.

Os **impactos profissionais** exigem dos gestores e técnicos de planejamento domínio da metodologia de planejamento estratégico situacional e capacidade de dialogar com o controle social e os órgãos legislativos municipais. Entre as **boas práticas** estão o monitoramento quadrimestral das metas da PAS por meio do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) apresentado em audiência pública na Câmara Municipal e no Conselho de Saúde. Os **erros comuns** incluem elaborar o Plano de Saúde apenas como peça formal descolada da realidade dos serviços ou omitir metas específicas de saúde mental dentro de rubricas genéricas de atenção especializada. No **contexto operacional**, a inserção sólida nos instrumentos de planejamento protege a política de saúde mental contra descontinuidades administrativas nas transições de governo.

Aula 13.4: Controle Social, Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde Mental O **conceito** de controle social na política de saúde mental refere-se à participação direta e deliberativa da sociedade civil na formulação de estratégias, na fiscalização da execução financeira e na avaliação da qualidade dos serviços do SUS, assegurada constitucionalmente pela Lei nº 8.142/1990. Na **explicação técnica**, o controle social exerce-se de forma permanente pelos Conselhos de Saúde (nos níveis municipal, estadual e nacional), compostos paritariamente por cinquenta por cento de representantes de usuários, vinte e cinco por cento de

trabalhadores da saúde e vinte e cinco por cento de gestores e prestadores de serviços, e periodicamente pelas Conferências de Saúde Mental. A **aplicação prática** ocorre por meio da criação de Comissões Intersetoriais de Saúde Mental vinculadas aos Conselhos de Saúde, que realizam visitas de fiscalização aos pontos da RAPS, analisam os relatórios de gestão e deliberam sobre habilitações e convênios. Como **exemplos reais**, mencionam-se as resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e os relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde Mental, que mobilizam milhares de delegados de todo o país para defender o cuidado em liberdade e o financiamento público da RAPS.

Os **impactos profissionais** demandam respeito institucional às deliberações dos Conselhos de Saúde e fomento à participação autônoma dos usuários e familiares nas instâncias colegiadas. As **boas práticas** incluem a garantia de transporte e apoio logístico para que usuários dos CAPS participem das reuniões do Conselho Municipal de Saúde e das conferências locais, além da prestação transparente de informações pela gestão. Entre os **erros comuns** estão a tentativa de cooptação de representantes de usuários pela gestão local ou o descumprimento de resoluções aprovadas pelo Conselho de Saúde sem fundamentação legal. No **contexto operacional**, um controle social ativo e independente constitui a principal garantia democrática contra retrocessos asilares e cortes orçamentários na saúde mental.

Aula 13.5: Auditoria do SUS, Vigilância Sanitária e Órgãos de Controle Externo O **conceito** de fiscalização e controle externo na política de saúde mental abrange a atuação coordenada do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS), da Vigilância Sanitária (ANVISA e VISAs estaduais e municipais), dos Tribunais de Contas, do Ministério Público e dos Conselhos Profissionais na verificação da legalidade, qualidade sanitária e respeito aos direitos humanos nos serviços públicos e privados. Pela **explicação técnica**, cada órgão atua segundo competências específicas: a Vigilância Sanitária fiscaliza as condições físicas, sanitárias e de segurança do paciente; a Auditoria do SUS verifica a conformidade assistencial, a presença das equipes mínimas e a regularidade dos faturamentos; e o Ministério Público tutela os direitos difusos e coletivos e audita as internações involuntárias. Na **aplicação prática**, os serviços devem manter documentação organizada, protocolos clínicos atualizados, escalas de plantão visíveis, prontuários completos e alvarás sanitários vigentes para responder prontamente às inspeções. Como **exemplos reais**, citam-se as inspeções nacionais conjuntas em instituições psiquiátricas e comunidades terapêuticas conduzidas pelo Ministério Público, Conselhos de Psicologia e Serviço Social e Vigilância Sanitária, que resultaram em termos de ajustamento de conduta e fechamento de unidades violadoras de direitos.

Os **impactos profissionais** exigem transparência administrativa, rigor ético na documentação clínica e postura colaborativa durante processos de auditoria e fiscalização. Entre as **boas práticas** estão

a realização de autoavaliações periódicas nos serviços utilizando os roteiros da Vigilância Sanitária e do PNASH para corrigir preventivamente eventuais falhas estruturais ou de registro. Os **erros comuns** incluem a manutenção de prontuários incompletos sem evolução multiprofissional regular ou a omissão na notificação de eventos adversos graves aos sistemas de vigilância sanitária. No **contexto operacional**, a conformidade permanente com os órgãos de fiscalização assegura a qualidade técnica dos serviços e protege os usuários e profissionais envolvidos no cuidado.

Módulo 14: Equidade, Diversidade e Populações em Situação de Vulnerabilidade

Aula 14.1: Saúde Mental da População Negra, Racismo Institucional e Equidade O **conceito** de saúde mental da população negra e enfrentamento ao racismo institucional compreende o reconhecimento do racismo estrutural e interpessoal como determinante social grave do sofrimento psíquico e da mortalidade precoce, exigindo práticas clínicas e gestoras antirracistas no SUS. Na **explicação técnica**, fundamentada na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Portaria GM/MS nº 992/2009) e nos estudos de autores brasileiros como Neusa Santos Souza, Frantz Fanon e Isildinha Baptista Nogueira, o racismo opera tanto na produção cotidiana de trauma, ansiedade e depressão quanto na seletividade histórica do sistema psiquiátrico, que historicamente internou proporcionalmente mais pessoas negras em instituições asilares. A **aplicação prática** inclui o preenchimento obrigatório e qualificado do quesito raça/cor em todos os prontuários e sistemas

de informação do SUS (Portaria GM/MS nº 344/2017), a escuta validada das experiências de discriminação racial e a valorização das referências culturais afro-brasileiras nos espaços terapêuticos. Como **exemplos reais**, destacam-se os coletivos de aquilombamento e grupos terapêuticos voltados ao enfrentamento do racismo implantados em CAPS e Unidades Básicas de Saúde de capitais brasileiras, reduzindo o abandono terapêutico de usuários negros.

Os **impactos profissionais** demandam letramento racial crítico de toda a equipe multiprofissional, superando o mito da democracia racial e o silenciamento sobre a violência racista na clínica psicossocial. As **boas práticas** incluem a análise desagregada por raça/cor dos indicadores de acesso, internação e mortalidade por suicídio na RAPS municipal e a capacitação permanente das equipes sobre saúde da população negra. Entre os **erros comuns** estão a recusa em perguntar a autodeclaração de raça/cor no acolhimento por receio infundado de ofender o usuário ou a patologização de expressões culturais e religiosas de matriz africana como se fossem sintomas psicóticos. No **contexto operacional**, a clínica antirracista concretiza o princípio constitucional da equidade e promove reparação histórica no acesso ao cuidado digno.

Aula 14.2: Saúde Mental da População LGBTQIAPN+ e Políticas de Afirmação de Direitos O **conceito** de saúde mental da população LGBTQIAPN+ refere-se à oferta de cuidado integral, acolhedor e despatologizante às pessoas lésbicas, gays, bissexuais, travestis,

transexuais, queers, intersexos, assexuais e outras identidades de gênero e orientações sexuais, enfrentando os impactos do estresse de minoria e da LGBTfobia. Pela **explicação técnica**, fundamentada na Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Portaria GM/MS nº 2.836/2011), nas resoluções despatologizantes dos Conselhos Federais de Psicologia e Medicina e na Classificação Internacional de Doenças (CID-11, que retirou as identidades trans do capítulo de transtornos mentais), a orientação sexual e a identidade de gênero não constituem patologias, mas dimensões legítimas da diversidade humana. Na **aplicação prática**, os serviços da RAPS devem garantir o uso obrigatório do nome social em todos os registros e chamadas (Decreto nº 8.727/2016), acolher jovens expulsos de casa por conflitos familiares relacionados à sexualidade e articular o cuidado com os ambulatórios especializados do Processo Transexualizador no SUS. Como **exemplos reais**, citam-se os protocolos municipais de acolhimento humanizado implantados em CAPS e UBS que capacitam recepcionistas e técnicos para o uso correto dos pronomes e oferecem grupos de apoio para familiares de adolescentes LGBTQIAPN+.

Os **impactos profissionais** exigem postura ética estritamente laica e científica, vedando qualquer tentativa de terapias de reversão sexual ou de identidade de gênero (proibidas pela Resolução CFP nº 01/1999 e nº 01/2018). Entre as **boas práticas** estão a atualização dos formulários de prontuário eletrônico para contemplar nome social, identidade de gênero e orientação sexual,

bem como a prevenção ativa do suicídio entre jovens LGBTQIAPN+, grupo que apresenta taxas desproporcionalmente elevadas de ideação suicida devido à rejeição social. Os **erros comuns** incluem chamar usuários travestis ou transexuais pelo nome civil de registro em público, impor valores morais pessoais durante o atendimento ou atribuir automaticamente todo sofrimento psíquico da pessoa à sua identidade de gênero. No **contexto operacional**, ambientes seguros e respeitosos reduzem as barreiras de acesso e fortalecem os fatores de proteção comunitária.

Aula 14.3: Saúde Mental dos Povos Indígenas e Populações do Campo, Floresta e Águas O **conceito** de atenção diferenciada em saúde mental para povos indígenas e populações do campo, da floresta e das águas compreende o respeito às cosmologias, línguas, saberes tradicionais de cura e modos de vida comunitários na organização dos serviços públicos de saúde. Na **explicação técnica**, regida pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Subsistema de Atenção à Saúde Indígena - SasiSUS, Lei nº 9.836/1999), pela Portaria GM/MS nº 2.759/2007 e pela Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, as intervenções psicossociais devem dialogar horizontalmente com pajés, rezadores, parteiras e lideranças comunitárias, evitando a imposição colonial de modelos biomédicos urbanos. Na **aplicação prática**, as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e as equipes de Saúde da Família Ribeirinhas e Fluviais

desenvolvem ações territoriais de prevenção ao suicídio e ao uso prejudicial de álcool, articulando-se com os CAPS municipais de referência quando necessário. Como **exemplos reais**, destacam-se as estratégias interculturais desenvolvidas no Alto Rio Negro e no Mato Grosso do Sul que integram lideranças indígenas jovens e anciãos no fortalecimento das redes comunitárias de proteção e valorização cultural.

Os **impactos profissionais** demandam humildade epistêmica, competência intercultural e disposição para trabalhar em territórios de difícil acesso geográfico com equipes itinerantes. As **boas práticas** incluem a presença de Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e intérpretes durante os atendimentos na rede urbana e a adaptação do Projeto Terapêutico Singular às práticas espirituais e comunitárias de cada etnia. Entre os **erros comuns** estão a retirada abrupta de indígenas de suas aldeias para internações psiquiátricas em centros urbanos distantes sem acompanhamento intercultural, o que agrava profundamente o sofrimento psíquico pelo desenraizamento cultural. No **contexto operacional**, a atenção diferenciada assegura a efetividade do cuidado e preserva a autonomia sociocultural dos povos tradicionais.

Aula 14.4: Violência Doméstica, Violência Sexual e Atenção Psicossocial às Vítimas O **conceito** de atenção psicossocial às pessoas em situação de violência doméstica, intrafamiliar e sexual refere-se ao acolhimento integral, confidencial e intersetorial voltado à interrupção do ciclo de violência, à proteção da integridade física e mental e à elaboração do trauma psíquico. Pela **explicação**

técnica, apoiada na Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006), na Lei nº 10.778/2003 (notificação compulsória de violência contra a mulher), na Lei nº 13.431/2017 (escuta protegida de crianças e adolescentes vítimas de violência) e nas diretrizes da Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências, os serviços do SUS têm o dever de acolher imediatamente sem exigir boletim de ocorrência policial prévio. Na **aplicação prática**, as equipes da APS e dos CAPS identificam sinais silenciosos de violência, realizam a notificação epidemiológica sigilosa no SINAN, oferecem suporte psicossocial contínuo e articulam a rede de proteção composta pelos Centros de Referência de Atendimento à Mulher (CRAM), CREAS, Casas Abrigo e Defensoria Pública. Como **exemplos reais**, observam-se os núcleos de prevenção à violência implantados em Unidades Básicas de Saúde e hospitais gerais que realizam o acolhimento imediato em sala reservada e acionam de forma integrada a rede intersetorial municipal.

Os **impactos profissionais** exigem escuta acolhedora que não culpabilize a vítima pela violência sofrida, domínio dos prazos clínicos de profilaxia em casos de violência sexual e conhecimento rigoroso sobre o dever de notificação sanitária (que possui finalidade epidemiológica e não se confunde com denúncia policial). As **boas práticas** incluem a articulação cuidadosa com a vítima na construção de um plano de segurança pessoal, respeitando seu tempo de decisão e garantindo o sigilo absoluto do prontuário perante o agressor. Entre os **erros comuns** estão a realização de

terapias de casal em contextos de violência doméstica grave (prática contraindicada pelo risco à vítima), a exigência de boletim de ocorrência para prestar atendimento de saúde ou a revitimização por meio de interrogatórios repetitivos. No **contexto operacional**, a integração entre RAPS e rede de proteção às mulheres e crianças salva vidas e rompe ciclos intergeracionais de violência.

Aula 14.5: Saúde Mental da Pessoa Idosa, Demências e Prevenção do Isolamento O **conceito** de atenção à saúde mental da pessoa idosa na RAPS compreende o cuidado integral voltado tanto aos transtornos mentais crônicos no envelhecimento quanto aos quadros neurocognitivos (demências), à depressão geriátrica e à prevenção do abandono e da institucionalização asilar. Na **explicação técnica**, fundamentada no Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 10.741/2003) e na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, a abordagem clínica exige avaliação geriátrica ampla para diferenciar quadros demenciais irreversíveis de causas tratáveis de declínio cognitivo, como depressão grave, delirium por infecções ou iatrogenia medicamentosa por polifarmácia. Na **aplicação prática**, as equipes de Saúde da Família, os CAPS e os Serviços Residenciais Terapêuticos desenvolvem ações de estimulação cognitiva, grupos de convivência intergeracional, suporte domiciliar aos familiares cuidadores e articulação com os Centros-Dia para Idosos do SUAS. Como **exemplos reais**, citam-se os programas municipais de apoio ao cuidador familiar de pessoas com Doença de Alzheimer conduzidos conjuntamente por equipes de atenção

básica e centros de convivência, reduzindo o estresse familiar e prevenindo internações hospitalares.

Os **impactos profissionais** demandam conhecimento específico de psicogeriatria, farmacologia do envelhecimento e vigilância ativa contra sinais de negligência, violência financeira ou maus-tratos contra idosos. Entre as **boas práticas** estão a revisão sistemática de todos os medicamentos em uso pelo idoso para evitar interações anticolinérgicas prejudiciais e o fomento à participação comunitária em centros de convivência e cultura. Os **erros comuns** incluem naturalizar sintomas graves de depressão ou perda de memória como consequências normais da velhice, deixando de investigar e tratar, ou encaminhar idosos com transtornos mentais para instituições de longa permanência sem esgotar os recursos de suporte domiciliar. No **contexto operacional**, a atenção qualificada ao envelhecimento promove autonomia, preserva vínculos familiares e assegura dignidade na etapa final da vida.

Módulo 15: Prevenção, Promoção da Saúde Mental e Comunicação Pública

Aula 15.1: Determinantes Sociais da Saúde Mental e Políticas Públicas Intersetoriais O **conceito** de Determinantes Sociais da Saúde Mental refere-se às condições econômicas, habitacionais, educacionais, ambientais e culturais em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, as quais distribuem de forma desigual o risco de sofrimento psíquico na população. Na **explicação técnica**, apoiada nos relatórios da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde

e na tradição da Saúde Coletiva latino-americana, fatores como pobreza extrema, insegurança alimentar, desemprego, precariedade urbana e exposição à violência armada exercem impacto direto sobre a incidência de depressão, ansiedade e uso prejudicial de substâncias. A **aplicação prática** implica que a política de saúde mental não pode restringir-se à oferta de serviços clínicos, devendo articular-se estruturalmente com políticas de transferência de renda, habitação popular, saneamento básico, segurança alimentar e acesso ao lazer. Como **exemplos reais**, estudos epidemiológicos brasileiros demonstram a redução significativa das taxas de suicídio e de internação psiquiátrica em municípios com alta cobertura de programas de transferência condicional de renda associados à Estratégia Saúde da Família.

Os **impactos profissionais** ampliam o horizonte de atuação dos gestores e trabalhadores da saúde mental, posicionando-os como articuladores de políticas públicas integradas nos territórios vulneráveis. As **boas práticas** incluem a participação ativa dos coordenadores de saúde mental nos comitês municipais intersetoriais de gestão territorial e a inclusão de indicadores socioeconômicos nos diagnósticos situacionais da RAPS. Entre os **erros comuns** estão tentar resolver exclusivamente com psicoterapia ou psicofármacos sofrimentos gerados pela fome ou pela falta de moradia sem acionar os equipamentos de assistência social e habitação. No **contexto operacional**, a abordagem dos determinantes sociais ataca as raízes estruturais do sofrimento humano e potencializa a efetividade das intervenções clínicas.

Aula 15.2: Centros de Convivência e Cultura (CECCO) e o Direito à Cidade O **conceito** de Centros de Convivência e Cultura (CECCO) compreende dispositivos públicos abertos integrantes da RAPS que promovem a inclusão social, a produção cultural, a arte e a convivência comunitária entre pessoas em sofrimento psíquico e a população em geral no espaço urbano. Pela **explicação técnica**, previstos na Portaria GM/MS nº 3.088/2011 e regulamentados por normativas estaduais e municipais de fomento, os CECCOs não realizam atendimentos clínicos ambulatoriais individuais, mas operam como espaços de encontro intersetorial entre saúde, cultura, esporte e educação por meio de oficinas artísticas, teatrais, musicais, esportivas e de economia solidária. Na **aplicação prática**, qualquer cidadão do bairro pode frequentar livremente o CECCO sem necessidade de encaminhamento médico ou diagnóstico psiquiátrico, convivendo horizontalmente com usuários dos CAPS e construindo laços sociais desestigmatizados. Como **exemplos reais**, destacam-se os Centros de Convivência e Cooperativa da cidade de São Paulo (criados no início da década de 1990) e os Centros de Convivência de Belo Horizonte e Campinas, que consolidaram blocos carnavalescos, grupos teatrais e feiras culturais reconhecidos nacionalmente.

Os **impactos profissionais** exigem equipes interdisciplinares compostas por arte-educadores, terapeutas ocupacionais, psicólogos, educadores físicos e oficineiros capazes de trabalhar com a potência criativa da arte e da cultura na cidade. Entre as **boas práticas** estão a ocupação de parques públicos, bibliotecas,

teatros e centros culturais do município pelas atividades do CECCO, rompendo os muros institucionais da saúde. Os **erros comuns** incluem transformar o Centro de Convivência em um serviço fechado exclusivo para usuários psiquiátricos ou exigir prontuário clínico e diagnóstico para permitir a inscrição nas oficinas culturais. No **contexto operacional**, os CECCOs concretizam o direito à cidade e transformam o imaginário social sobre a loucura por meio do convívio cotidiano e da criação artística.

Aula 15.3: Campanhas de Educação em Saúde Mental e Combate ao Estigma (Setembro Amarelo e Janeiro Branco) O **conceito** de comunicação pública e educação em saúde mental refere-se ao planejamento estratégico de campanhas informativas e ações educativas contínuas destinadas a combater o estigma social, promover a literacia em saúde mental e divulgar os canais gratuitos de acolhimento do SUS. Na **explicação técnica**, conforme as diretrizes de comunicação da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde, campanhas sazonais como o Setembro Amarelo (prevenção ao suicídio) e o Janeiro Branco (promoção da saúde mental) devem evitar abordagens alarmistas, sensacionalistas ou individualizantes, priorizando informações baseadas em evidências sobre fatores de proteção e acesso à rede pública. A **aplicação prática** consiste na realização de rodas de conversa comunitárias, capacitações de agentes multiplicadores, distribuição de materiais informativos com os endereços dos CAPS e UBS do município e parceria responsável com a imprensa local. Como **exemplos reais**, observam-se as cartilhas técnicas

elaboradas pelo Ministério da Saúde e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) orientando jornalistas e comunicadores sobre como abordar temas de saúde mental e suicídio sem induzir efeitos de contágio.

Os **impactos profissionais** exigem responsabilidade ética na comunicação pública, rigor científico nas informações divulgadas e compromisso com a continuidade das ações durante todos os meses do ano. As **boas práticas** incluem o planejamento das ações educativas com antecedência junto aos Conselhos de Saúde e movimentos sociais, garantindo que a divulgação dos serviços seja acompanhada pela capacidade real de acolhimento da rede local. Entre os **erros comuns** estão realizar ações pontuais meramente decorativas apenas no mês de setembro sem investir no fortalecimento estrutural da RAPS, ou utilizar discursos simplistas que reduzem problemas complexos à falta de força de vontade individual. No **contexto operacional**, a comunicação pública qualificada reduz o preconceito, incentiva a busca precoce por ajuda e fortalece o apoio social à política pública de saúde mental.

Aula 15.4: Saúde Mental Digital, Teleatendimento e Ética Profissional no SUS O **conceito** de saúde mental digital e teleatendimento compreende o uso regulamentado de tecnologias de informação e comunicação para ampliar o acesso à escuta qualificada, ao matriciamento à distância, à teleinterconsulta e ao acompanhamento longitudinal na Rede de Atenção Psicossocial. Pela **explicação técnica**, regida pela Lei Geral de Proteção de

Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018 - LGPD), pela Lei da Telessaúde (Lei nº 14.510/2022) e pelas resoluções específicas dos Conselhos Profissionais (como a Resolução CFP nº 09/2024 e a Resolução CFM nº 2.314/2022), a atenção mediada por tecnologias deve observar os mesmos padrões de sigilo, segurança de dados, consentimento livre e esclarecido e qualidade técnica do atendimento presencial. Na **aplicação prática**, os serviços públicos utilizam plataformas institucionais criptografadas para realizar discussões de matriciamento entre CAPS e equipes de Saúde da Família em zonas rurais, além de telemonitoramento de usuários com dificuldade de deslocamento físico. Como **exemplos reais**, destacam-se os núcleos de Telessaúde vinculados a universidades públicas e secretarias estaduais de saúde que oferecem teleconsultoria especializada em saúde mental para médicos e enfermeiros da atenção básica em municípios remotos da Amazônia e do Nordeste.

Os **impactos profissionais** demandam domínio técnico das plataformas digitais seguras, avaliação criteriosa das contraindicações clínicas do atendimento remoto (como crises agudas graves sem suporte presencial local) e proteção rigorosa da privacidade dos dados sensíveis de saúde. Entre as **boas práticas** estão a realização de atendimentos remotos exclusivamente em salas privadas com uso de fones de ouvido, o registro completo em prontuário eletrônico certificado e a garantia de alternativa presencial sempre que o usuário preferir ou necessitar. Os **erros comuns** incluem realizar atendimentos clínicos ou enviar laudos e

prescrições por aplicativos comerciais de mensagens sem criptografia institucional adequada ou substituir integralmente o trabalho territorial presencial por atendimentos remotos. No **contexto operacional**, o uso ético e regulamentado da telessaúde reduz barreiras geográficas e potencializa a educação permanente das equipes do SUS.

Aula 15.5: Emergências Climáticas, Desastres Socioambientais e Primeiros Cuidados Psicológicos O **conceito** de atenção psicossocial em emergências climáticas e desastres socioambientais refere-se ao planejamento preventivo e à resposta rápida das equipes da RAPS para mitigar o trauma coletivo, o luto agudo e a desorganização comunitária provocados por enchentes, deslizamentos, secas extremas ou rompimentos de barragens. Na **explicação técnica**, fundamentada nos manuais da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e nas diretrizes de Saúde Mental e Atenção Psicossocial em Desastres da Fiocruz, a intervenção imediata baseia-se nos Primeiros Cuidados Psicológicos (PCP) — que consistem em observar, escutar e conectar as pessoas afetadas às suas redes de apoio e necessidades básicas — evitando intervenções clínicas invasivas precoces. Na **aplicação prática**, a gestão municipal integra a coordenação de saúde mental aos comitês de crise da Defesa Civil desde as primeiras horas do evento, organizando equipes volantes nos abrigos temporários, garantindo a continuidade da medicação dos usuários crônicos da RAPS e oferecendo suporte às equipes de resgate. Como **exemplos reais**, destacam-se as atuações articuladas das redes de

saúde mental e da Força Nacional do SUS nos desastres de Mariana e Brumadinho em Minas Gerais, nos deslizamentos da Região Serrana do Rio de Janeiro e nas enchentes históricas no Rio Grande do Sul em 2024.

Os **impactos profissionais** exigem preparo técnico em gestão de crises coletivas, capacidade de atuar em ambientes provisórios sob alta pressão emocional e conhecimento sobre os efeitos tardios do trauma, como o transtorno de estresse pós-traumático e o aumento do risco de suicídio meses após o desastre. As **boas práticas** incluem a inclusão prévia de protocolos de saúde mental nos Planos Municipais de Contingência da Defesa Civil e a manutenção do acompanhamento longitudinal das famílias deslocadas mesmo após a desmobilização dos abrigos emergenciais. Entre os **erros comuns** estão a medicalização massiva do luto normal nas primeiras semanas após o desastre ou a desmobilização completa das equipes de apoio psicossocial logo após o fim da cobertura midiática. No **contexto operacional**, a resposta organizada da RAPS em emergências climáticas fortalece a resiliência comunitária e protege a saúde mental das populações afetadas e dos trabalhadores envolvidos no socorro.

Módulo 16: Desafios Contemporâneos, Bioética e Futuro da Política de Saúde Mental

Aula 16.1: Bioética, Autonomia do Usuário e Diretivas Antecipadas de Vontade em Saúde Mental O **conceito** de Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) em saúde mental e bioética aplicada refere-se ao instrumento ético e jurídico por meio do qual uma pessoa, em pleno

gozo de sua capacidade decisória, expressa previamente suas preferências, valores e recusas em relação a tratamentos, medicamentos, acompanhantes e manejos clínicos para eventuais períodos futuros de crise aguda em que sua capacidade de expressão esteja temporariamente comprometida. Pela **explicação técnica**, ancorada nos princípios da bioética principialista (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça), na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Decreto nº 6.949/2009) e na Resolução CFM nº 1.995/2012, as diretivas antecipadas promovem a tomada de decisão compartilhada e reduzem a necessidade de intervenções coercitivas durante agudizações clínicas. Na **aplicação prática**, o usuário e seu técnico de referência elaboram conjuntamente um documento registrado no prontuário e portado pelo próprio cidadão, indicando quais medicamentos já apresentaram boa resposta ou efeitos adversos graves, quem deve ser avisado em caso de crise e quais estratégias ajudam a estabilizá-lo. Como **exemplos reais**, observam-se experiências inovadoras de implementação de planos conjuntos de crise e diretivas antecipadas em serviços comunitários de saúde mental no Brasil e na Europa, com redução comprovada de internações involuntárias.

Os **impactos profissionais** exigem o reconhecimento efetivo do usuário como protagonista e especialista de sua própria experiência de adoecimento e recuperação, superando o paternalismo médico tradicional. As **boas práticas** incluem a revisão periódica das diretivas antecipadas durante as consultas de rotina nos CAPS e a

consulta obrigatória ao documento registrado no prontuário eletrônico sempre que o usuário der entrada em serviços de urgência. Entre os **erros comuns** estão ignorar as preferências previamente registradas pelo paciente durante uma crise sem justificativa clínica excepcional ou elaborar o documento sem esclarecer adequadamente os limites legais em situações de risco vital iminente. No **contexto operacional**, as diretivas antecipadas fortalecem a aliança terapêutica, humanizam o manejo das crises e consolidam a ética do cuidado em liberdade.

Aula 16.2: Pesquisa Científica, Epidemiologia Psiquiátrica e Avaliação de Políticas Públicas O **conceito** de pesquisa científica e epidemiologia aplicada à saúde mental compreende a produção sistemática de evidências empíricas sobre a prevalência dos transtornos mentais, os determinantes sociais, a efetividade das intervenções psicossociais e o impacto orçamentário e clínico da Rede de Atenção Psicossocial. Na **explicação técnica**, utiliza-se desde estudos epidemiológicos populacionais de base domiciliar e análises de séries temporais com dados secundários do DATASUS até pesquisas avaliativas participativas de quarta geração que incorporam a perspectiva de usuários, familiares e trabalhadores na avaliação dos serviços. A **aplicação prática** orienta gestores e formuladores de políticas públicas a alocarem recursos com base em necessidades epidemiológicas reais, identificarem lacunas de cobertura regional e avaliarem o custo-efetividade dos dispositivos substitutivos em comparação com o modelo hospitalocêntrico. Como **exemplos reais**, citam-se os inquéritos epidemiológicos

nacionais coordenados pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e universidades públicas federais sobre o consumo de substâncias psicoativas, a saúde mental na pandemia e a avaliação da qualidade dos CAPS no Brasil.

Os **impactos profissionais** incentivam os trabalhadores da rede pública a desenvolverem postura investigativa sobre sua própria prática, participando de grupos de pesquisa, mestrados profissionais em saúde coletiva e produções técnicas baseadas na realidade dos serviços. Entre as **boas práticas** estão o estabelecimento de parcerias formais de integração ensino-serviço entre as Secretarias de Saúde e as universidades públicas locais, submetendo todos os projetos aos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP/CONEP). Os **erros comuns** incluem a tomada de decisões de gestão baseadas apenas em percepções empíricas isoladas ou pressões políticas pontuais sem análise epidemiológica prévia, ou a realização de pesquisas acadêmicas nos serviços sem devolução dos resultados às equipes e usuários. No **contexto operacional**, a articulação entre ciência e gestão qualifica continuamente os protocolos assistenciais e fortalece a legitimidade pública do SUS.

Aula 16.3: Formação Profissional, Residências Multiprofissionais e Educação Permanente em Saúde O **conceito** de Educação Permanente em Saúde (EPS) e formação para a atenção psicossocial refere-se aos processos pedagógicos ancorados no cotidiano real do trabalho no SUS, destinados a transformar as práticas profissionais e a organização dos serviços por meio da problematização coletiva e da integração ensino-serviço-

comunidade. Pela **explicação técnica**, instituída pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Portaria GM/MS nº 198/2004 e Portaria GM/MS nº 1.996/2007) e fortalecida pelos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde (Lei nº 11.129/2005), a formação em saúde mental busca superar o ensino fragmentado e hospitalocêntrico ainda presente em muitos cursos de graduação. Na **aplicação prática**, os municípios estruturam Núcleos de Educação Permanente em Saúde, recebem residentes multiprofissionais de psiquiatria, psicologia, enfermagem, serviço social e terapia ocupacional nos CAPS e Unidades Básicas de Saúde, e promovem oficinas regulares de atualização normativa e clínica. Como **exemplos reais**, destacam-se os programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental desenvolvidos em parceria entre Secretarias Municipais de Saúde e universidades federais e estaduais, que formam quadros técnicos altamente qualificados para a gestão e assistência na RAPS.

Os **impactos profissionais** exigem que os trabalhadores da rede atuem também como preceptores e educadores, articulando a teoria acadêmica aos desafios concretos do território. As **boas práticas** incluem a garantia de carga horária protegida para preceptoria e estudo, a participação ativa das equipes nas Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) regionais e a inclusão de usuários e familiares como educadores convidados nos processos formativos. Entre os **erros comuns** estão a utilização de estagiários e residentes para suprir carências estruturais de contratação de

profissionais efetivos nos serviços ou a oferta de capacitações pontuais desconectadas dos problemas reais vivenciados pelas equipes. No **contexto operacional**, o investimento contínuo na formação profissional garante a renovação geracional dos quadros do SUS e a sustentabilidade técnica da Reforma Psiquiátrica.

Aula 16.4: Disputas Políticas, Subfinanciamento e Defesa dos Direitos Humanos na Saúde Mental O **conceito** de sustentabilidade política e defesa dos direitos humanos na saúde mental refere-se à análise crítica das tensões históricas, econômicas e ideológicas entre o projeto antimanicomial do SUS e as pressões recorrentes por mercantilização do cuidado, retorno do financiamento público a instituições asilares fechadas e medicalização excessiva da sociedade. Na **explicação técnica**, ao longo das últimas décadas no Brasil, a política de saúde mental atravessou ciclos de expansão normativa e períodos de inflexão e disputa orçamentária, exigindo vigilância permanente das instâncias de controle social, da academia e dos órgãos de direitos humanos para assegurar o cumprimento dos compromissos internacionais assumidos pelo Estado brasileiro perante a Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização dos Estados Americanos (OEA). A **aplicação prática** manifesta-se na transparência dos dados orçamentários, na participação qualificada nos conselhos de direitos, na elaboração de notas técnicas fundamentadas e na resistência institucional contra qualquer forma de retrocesso que viole a Lei nº 10.216/2001. Como **exemplos reais**, citam-se a condenação histórica do Brasil pela Corte Interamericana de Direitos Humanos no Caso Damião

Ximenes Lopes em 2006 (primeira condenação do país na Corte, motivada pela morte de um paciente sob maus-tratos em uma clínica psiquiátrica conveniada ao SUS no Ceará) e as medidas reparatórias implementadas posteriormente na política nacional.

Os **impactos profissionais** convocam cada trabalhador e gestor a compreender que a atuação técnica em saúde mental possui dimensão ética e cidadã indissociável da defesa do Estado Democrático de Direito. As **boas práticas** incluem a documentação rigorosa de violações de direitos identificadas no território, o fortalecimento das associações de usuários e familiares e o alinhamento constante das práticas locais aos tratados internacionais de direitos humanos ratificados pelo Brasil. Entre os **erros comuns** estão a adoção de uma postura tecnicista neutra diante de cortes orçamentários na rede aberta ou a naturalização da precarização dos serviços públicos comunitários. No **contexto operacional**, a memória das lutas sociais e o rigor jurídico asseguram a continuidade histórica da conquista civilizatória representada pelo cuidado em liberdade.

Aula 16.5: Perspectivas Futuras e Consolidação da Atenção Psicossocial Integral no Brasil O **conceito** de consolidação futura da atenção psicossocial integral no Brasil projeta o aprimoramento contínuo da Rede de Atenção Psicossocial para responder às novas demandas epidemiológicas do século XXI, combinando expansão de cobertura territorial, inovação tecnológica ética, intersetorialidade robusta e protagonismo cidadão. Na **explicação técnica**, os desafios estratégicos para as próximas décadas envolvem a

universalização dos CAPS III e CAPS i nas regiões ainda descobertas, a ampliação efetiva das equipes de atenção primária com suporte matricial regular, o fechamento definitivo de todos os leitos asilares e manicômios judiciários remanescentes, e o enfrentamento dos impactos das transformações digitais, da precarização do trabalho e das mudanças climáticas sobre a saúde mental coletiva. A **aplicação prática** requer pactuação federativa estável, financiamento público suficiente e vinculado a metas de qualidade assistencial, e avaliação permanente centrada nos desfechos de vida real dos usuários (moradia, trabalho, vínculos sociais e autonomia). Como **exemplos reais**, apontam-se as recomendações globais do Relatório Mundial de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde (publicado em 2022) e as resoluções da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental, que convergem na defesa dos serviços comunitários integrados aos direitos humanos como único caminho cientificamente e eticamente sustentável.

Os **impactos profissionais** inspiram uma atuação cotidiana comprometida com a inovação clínica, a rigorosa fundamentação legal e a construção coletiva de uma sociedade mais justa, solidária e inclusiva para todas as formas de existência humana. Entre as **boas práticas** estão o planejamento estratégico de longo prazo nas redes municipais e estaduais, a troca contínua de experiências exitosas entre municípios brasileiros e o compromisso inegociável com a dignidade de cada cidadão acolhido. Os **erros comuns** incluem a acomodação institucional diante de filas de espera, a

fragmentação entre serviços da mesma rede ou a perda da dimensão humana e acolhedora no cotidiano assistencial. No **contexto operacional**, a consolidação plena da política de saúde mental transforma o Sistema Único de Saúde em referência mundial de cuidado democrático, resolutivo e libertador.

Módulo Extra

Fontes de referência sugeridas para estudos complementares

LIVROS **Loucos pela Vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil** (Paulo Amarante, Editora Fiocruz): Obra fundamental que analisa as bases históricas, teóricas e políticas do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira.**Saúde Mental e Atenção Psicossocial** (Paulo Amarante, Editora Fiocruz): Livro introdutório essencial sobre os conceitos de desinstitucionalização, território, clínica ampliada e organização da rede substitutiva.**A Instituição Negada: Relato de um Hospital Psiquiátrico** (Franco Basaglia, Editora Graal): Referência clássica mundial que documenta a experiência transformadora de Gorizia na Itália e fundamenta a crítica ao modelo manicomial.**Libertando Identidades: Da Reabilitação Psicossocial à Cidadania Possível** (Benedetto Saraceno, Te Corá Editora / Instituto Franco Basaglia): Obra técnica indispensável sobre os eixos da reabilitação psicossocial, contratualidade social, moradia e trabalho.**Arquivos da Loucura: Juliano Moreira e a Descontinuidade Histórica da Psiquiatria** (Ana Teresa A. Venancio e Lúcia Helena Rangel, Editora Fiocruz): Estudo aprofundado sobre a história da psiquiatria brasileira e a evolução das políticas públicas assistenciais no país.**Políticas e**

Cuidado em Saúde Mental: Contribuições para a Prática Profissional (Organização de Marcos Vinicius de Oliveira Silva e colaboradores, Conselho Federal de Psicologia): Coletânea técnica voltada à atuação cotidiana das equipes multiprofissionais nos dispositivos da RAPS.

SITES E ARTIGOS **Portal do Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (DESME/Ministério da Saúde)**: Fonte oficial federal contendo portarias vigentes, notas técnicas, manuais instrutivos e dados sobre a Rede de Atenção Psicossocial no Brasil.**Observatório de Saúde Mental, Direitos Humanos e Políticas Públicas (Fiocruz / LAPS)**: Plataforma acadêmica e técnica que reúne pesquisas científicas, relatórios de monitoramento, legislações e materiais educativos sobre Reforma Psiquiátrica.**Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) - Área Temática Saúde Mental (BIREME / OPAS / OMS)**: Repositório científico indexado com acesso gratuito a artigos revisados por pares, teses e documentos técnicos da América Latina e Caribe.**Relatório Mundial de Saúde Mental: Transformar a Saúde Mental para Todos (Organização Mundial da Saúde - OMS, 2022)**: Documento global de referência que apresenta evidências científicas e recomendações para sistemas públicos comunitários baseados em direitos humanos.**Cadernos de Atenção Básica nº 34 - Saúde Mental (Ministério da Saúde)**: Manual técnico oficial detalhado sobre acolhimento, apoio matricial, uso racional de psicofármacos e intervenções psicossociais na Atenção Primária à Saúde.

NORMAS E/OU LEIS **Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001 (Lei Paulo Delgado)**: Marco legal central 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 - Rede de Atenção Psicossocial)**: Norma infralegal estruturante do SUS que consolida as diretrizes, componentes, pontos de atenção e regras de funcionamento da RAPS (incorporando a Portaria GM/MS nº 3.088/2011).**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 prolongadas (Programa De Volta Para Casa).**Lei Federal nº 13.146, de 6 de julho de 2015 (Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência)**: Estabelece a capacidade civil plena, restringe a curatela a medidas patrimoniais excepcionais e cria a Tomada de Decisão Apoiada.**Resolução CNJ nº 487, de 15 de fevereiro de 2023**: Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos para o fechamento dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e integração ao SUS.**Lei Federal nº 13.819, de 26 de abril de 2019**: Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e estabelece a notificação compulsória de violências autoprovocadas.**Portaria GM/MS nº 1.999, de 27 de novembro de 2023**: Atualiza a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT), incluindo transtornos mentais e comportamentais associados a fatores de risco psicossociais ocupacionais.

CURSOS COMPLEMENTARES **Cursos da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) - Saúde Mental na Atenção Básica e RAPS**: Ofertas gratuitas de educação a distância certificadas por universidades públicas federais para profissionais e gestores do SUS.**Cursos do Campus Virtual de Saúde Pública (CVSP - OPAS/OMS)**: Programas gratuitos de atualização técnica sobre o Programa de Ação para Superar as Lacunas em Saúde Mental (mhGAP), prevenção do suicídio e direitos humanos.**Qualificação em Saúde Mental da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz)**: Formações de atualização, aperfeiçoamento e especialização voltadas à gestão, atenção psicossocial e desinstitucionalização.

INSTITUIÇÕES RECONHECIDAS **Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS / ENSP / Fiocruz)**: Centro de referência nacional em pesquisa, formação e assessoria técnica em políticas públicas de saúde mental e direitos humanos.**Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME)**: Entidade científica e social que congrega pesquisadores, trabalhadores, usuários e familiares para o desenvolvimento técnico e político da atenção psicossocial no Brasil.**Conselho Nacional de Saúde (CNS) - Comissão Intersetorial de Saúde Mental (CISM)**: Instância máxima de controle social do SUS responsável pelo acompanhamento, fiscalização e deliberação sobre a Política Nacional de Saúde Mental.**Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS - Representação no Brasil)**:

Organismo internacional de cooperação técnica que apoia o desenvolvimento normativo e epidemiológico das políticas de saúde mental nas Américas.

ADLAS CURSOS ONLINE