



POLÍTICA DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

FEVEREIRO DE 2022
PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Sumário

Apresentação	3
Contextualização histórica	4
Análise de Cenário	8
O Cenário em Porto Alegre	10
Eixos temáticos	18
Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes	19
Atenção Psicossocial às pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras Drogas	20
Atenção Psicossocial às pessoas e populações em condições de vulnerabilidade	22
Idosos	23
Lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, queers, pansexuais, agêneros, pessoas não binárias e intersexo (LGBTQIA+)	23
População Negra	24
População em Situação de Rua	25
População Indígena	26
Atenção Psicossocial na Atenção Primária em Saúde	27
Territorialização da Atenção Psicossocial Estratégica	27
Reabilitação Psicossocial	28
Desinstitucionalização	28
Gestão Colegiada	30
Matriz Diagnóstica da Atenção Psicossocial	30
Diretrizes Prioritárias	33
Ampliação e Qualificação da RAPS Infância/Adolescência	34
Implantação de Unidade de Acolhimento	35
Fortalecimento da Redução de Danos como Diretriz de Cuidado	35
Equidade	36
Atenção Psicossocial na Atenção Primária em Saúde	37
Centro de Convivência e Cultura	38
Ampliação e Qualificação da RAPS para atenção ao adulto com transtorno mental	38
CAPS Porta Aberta	39

Atenção à Crise/Reordenamento dos PESM	39
Direito à Moradia Assistida	40
Reabilitação Psicossocial	40
Grupo Conductor da RAPS	41
Fortalecimento dos FRAPS Distritais	42
Monitoramento em Saúde Mental	42
Regulação do Acesso	43
Educação Permanente em Saúde	43
Referências	44

Apresentação

O presente documento surge da necessidade do reordenamento da política de saúde mental da cidade de Porto Alegre, a partir da Portaria MS/GM nº 3088/2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial, do Decreto MS/nº 7508/2011 que instituiu a Rede de Atenção à Saúde, e da Portaria MS/GM nº 2488/2011 que instituiu a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), tendo como objetivo constituir o documento orientador para a Política de Atenção Psicossocial na cidade.

Importante resgatar que foram elaborados dois Planos de Saúde Mental: o primeiro em 1992, como indicação da Conferência Municipal de Saúde Mental, através da Comissão de Saúde Mental do Conselho Municipal de Saúde, e o segundo em 2005, no momento de mudança de gestão. Nesse sentido, esse documento também se propõe a analisar o percurso histórico da Política de Saúde Mental na Secretaria Municipal de Saúde (SMS), reafirmando potências e apontando desafios a serem superados, a fim de constituir efetivamente uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A partir de 2011, com a priorização da Saúde Mental na Conferência Municipal de Saúde e com o avanço no reordenamento da Política a nível nacional e a instituição da RAPS, intensifica-se a necessidade de um documento temático acerca da Política de Saúde Mental, explicitando sua relevância como Política Programática. O Plano em vigência apresentava-se defasado em relação às diretrizes e objetivos, não correspondendo às necessidades sociais em saúde que surgiam no contexto sanitário da cidade e das demandas decorrentes.

Nesse contexto, é importante que no âmbito municipal seja feita análise da Política de Saúde Mental com base no modelo de atenção psicossocial que se organiza a partir de linhas de cuidado. O Decreto 7508/2011, que regulamenta a Lei 8080/1990, reforça a importância da ampliação da RAPS, sendo a mesma definida como prioridade e indispensável nas regiões de saúde.

Através desse processo e da elaboração da Política de Atenção Psicossocial, afirma-se o compromisso desse Município com a constituição e fortalecimento da RAPS, estabelecendo como objetivo o enfrentamento dos desafios de consolidar, ampliar, articular e integrar todos os pontos de atenção da rede de saúde dos territórios,

qualificando o acesso e o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo, do matriciamento e da atenção às urgências. Compreende-se que esta rede deve realizar o cuidado a todas as pessoas com sofrimento psíquico decorrente ou não do uso de álcool e outras drogas, em todos os níveis de atenção, considerando como eixos orientadores a organização de base territorial, comunitária e priorizando a atenção extra hospitalar conforme prevê a Portaria MS/GM nº 3088 da RAPS (Ministério da Saúde, 2011/2013).

Contextualização Histórica

A trajetória escolhida para a contextualização histórica se dá no caminho de retomar o percurso da Política de Saúde Mental na Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, buscando destacar alguns acontecimentos que se configuram como marcadores nesse processo: mudança do modelo manicomial hegemônico para um modelo psicossocial.

Pasche (2009) destaca, em consonância com a diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), a importância de construir memória dos processos de mudança no SUS. Assim, toma-se essa indicação como estratégica, no sentido de reconhecimento de que as práticas materializam as políticas e produzem uma política de narratividade. Engendrar novos sentidos para as políticas se coloca como tarefa para sujeitos e coletivos, que apostam na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e de cuidar, sustentados na interferência nos serviços e práticas de saúde (LIMA, 2016).

A trajetória da Política de Saúde Mental em Porto Alegre é marcada pelo surgimento de ações e serviços que se apresentaram como estratégias de mudança do modelo de atenção hospitalocêntrico para o substitutivo. Dentre esses serviços, pode-se destacar a criação da Pensão Pública Protegida Nova Vida, da Oficina de Geração de Renda, do CAIS Mental Centro e da Equipe de Saúde Mental na região Centro. Estes serviços tornaram-se componentes singulares da rede de cuidados em Saúde Mental, coproduzidos por diferentes atores dos movimentos de trabalhadores, militantes da luta antimanicomial, controle social e gestores.

No bojo do movimento nacional da luta antimanicomial, tomando como inspiração o Projeto de Lei de Paulo Delgado de 1989, o Rio Grande do Sul aprovou a Lei da Reforma Psiquiátrica no Estado, em 1992. Em outros Estados brasileiros começaram a surgir, também, as primeiras leis que determinaram a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. A partir deste período, a Política do Ministério da Saúde para a saúde mental passou a ganhar contornos mais definidos (BRASIL, 2005).

Na década de 90 foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental e entraram em vigor, no país, as primeiras normas federais com fim de regulamentar a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleo da Atenção Psicossocial (NAPS) e Hospitais-dia, assim como as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005). Os NAPS/CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria MS/GM 224/92, a qual regulamentou o funcionamento de todos os serviços de saúde mental, de acordo com as diretrizes de descentralização e hierarquização das Leis Orgânicas do Sistema Único de Saúde.

A Pensão Pública Protegida Nova Vida surgiu em agosto de 1990, através do movimento de um grupo de trabalhadores da Saúde Mental e familiares de pacientes residentes na Clínica Pinel que se mobilizaram, a partir do descredenciamento desta instituição pelo SUS, para criar um serviço que acolhesse esses usuários. Desde sua origem, a Pensão Protegida tem como objetivo a moradia de caráter transitório, o tratamento, o processo de reabilitação e a inclusão social. A Pensão configura-se como um marco histórico-político no cenário da saúde mental de Porto Alegre, buscando instituir uma outra forma de cuidado, de forma a não reproduzir a exclusão dos manicômios.

A partir da Pensão Nova Vida (atualmente Residencial Terapêutico Nova Vida) e de seu movimento instituinte na cidade, foram criados o CAIS Mental 8 (atualmente CAPS/CAIS Mental Centro), a Oficina de Geração de Trabalho e Renda (hoje GerAção POA), a Casa de Transição (1995) e o Serviço Residencial Terapêutico Gomes Jardim (2004). Assim, Porto Alegre foi precursora na implantação de serviços de atenção residencial e substitutivo, sendo referência para a inclusão dessa modalidade, que em

2000 passou a ser reconhecida e regulada através da Portaria nº 106 do Ministério da Saúde (MICHELINI et al, 2013).

Em 1992, com a elaboração do primeiro Plano Municipal de Saúde Mental aprovado na I Conferência Municipal de Saúde Mental, foi apresentada a proposta da Oficina de Geração de Trabalho e Renda, sendo retomada em 1993 no Relatório da Comissão de Saúde Mental que propôs a “criação de oficinas para o desenvolvimento de atividades de socialização, profissionalização, de lazer e artísticas, dirigidas aos pacientes encaminhados pelas equipes de saúde e abertas à comunidade em geral, visando a integração do usuário com a comunidade a qual pertence”. Contudo, apenas em 1996, momento em que a rede de Saúde Mental estava sendo ampliada no Município, é que a Oficina de Geração de Renda iniciou suas atividades dentro do espaço da Pensão Nova Vida. Nesse mesmo ano, a Oficina mudou-se para o Centro de Reabilitação Profissional (CRP/INSS), pois para efetivar a inclusão social através do trabalho, esse dispositivo deveria estar em local diferenciado ao da moradia, realizando interlocução entre Saúde Mental e Saúde do Trabalhador. Em 2001, a GerAção POA mudou-se para sede própria vinculada à Gerência Distrital Centro (FERREIRA et al, 2013).

Foi no processo de municipalização da saúde na cidade, iniciado em 1994, que se intensificaram os movimentos iniciais que foram desenhando a constituição de uma rede em Saúde Mental, visando à materialização das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e o esforço de assunção plena da gestão da saúde, ainda incipiente naquele momento, sendo que em agosto de 1996 a Capital ingressou na Gestão Plena. No mesmo período, foi criado o primeiro Centro de Atenção Integral à Saúde Mental do Distrito 4 (CAIS Mental 4), atual CAPS II da Gerência Glória/Cruzeiro/Cristal (DIAS, 2013).

No cenário da política de saúde no município, que ingressava na gestão plena, esse período foi marcado pela priorização da constituição de uma rede de atenção primária à saúde através do Programa de Saúde da Família. Indicando a necessidade de aproximação da saúde mental com a atenção primária, nos anos de 1997 e 1998 iniciou-se a organização das Equipes de Saúde Mental nos distritos da cidade, vinculadas às Gerências Distritais (DIAS, 2013).

Em 1991 foi produzida a primeira versão da Política de Saúde Mental¹ para Porto Alegre e apareceu, pela primeira vez, nas atribuições das Equipes de Saúde Mental, a “consultoria para atendimentos realizados pela equipe de saúde”, em relação às equipes de atenção primária. Nessa versão há a descrição das Equipes de Saúde Mental como um serviço ambulatorial, localizado em Centros de Saúde, composto por equipe multiprofissional mínima de Psicólogo, Psiquiatra, Enfermeiro e Assistente Social, conforme relatório da Comissão Municipal de Saúde Mental/1996. Dessa forma, essas equipes passaram a constituir-se como referência em Saúde Mental em todas as Gerências Distritais, configurando-se como serviços de atendimento em saúde mental de base territorial, a partir da “delimitação de território, continuidade terapêutica e deslocamento do eixo hospitalar para o comunitário”, utilizando um arranjo de aproximação e articulação com as equipes de atenção básica (LIMA, 2016).

No cenário nacional foi aprovada a Lei nº 10.216 em 2001, após mais de dez anos de tramitação. Alguns Estados do país, como o Rio Grande do Sul, já haviam aprovado Leis Estaduais de Reforma Psiquiátrica, efetivando os passos anteriores em direção à constituição de uma Política de Estado com base na garantia dos direitos humanos e cidadania das pessoas com transtorno mental. A Lei 10.216 de 2001 impõe a base legal para a Política Nacional de Saúde Mental através da definição de componentes estratégicos, estabelecendo bases para o financiamento da Política. Nesse contexto, o CAPS passa a ser o componente estratégico para constituição de uma rede de cuidados em saúde mental em todo o país, suprimindo a variedade de componentes regulados pela Portaria 224/1992.

Assim, intensificou-se através do Ministério da Saúde, um processo de indução em relação ao financiamento dos serviços substitutivos, inicialmente com os CAPS de diferentes tipos, apostando na reversão dos investimentos nos componentes hospitalares para os componentes substitutivos. Os relatórios anuais “Saúde Mental em Dados”, desde 2004, destacam principalmente a redução de número de leitos psiquiátricos, com vistas à extinção dos mesmos e a substituição por leitos integrais em saúde mental em hospitais gerais, assim como o crescimento do número de CAPS e,

¹ Documento da ASSEPLA/Saúde Mental de abril de 2003, de circulação interna, que buscou reconstituir o percurso da fundação das Equipes de Saúde Mental na cidade.

consequentemente, ampliação da cobertura populacional, objetivando a mudança do modelo de atenção em saúde mental.

Em 2015, no âmbito do município de Porto Alegre, deu-se início, de maneira sistematizada, ao levantamento de dados para subsidiar a avaliação da RAPS e a análise dos investimentos em Saúde Mental. Até então, havia uma lacuna em relação aos dados, dificultando com que a Política pudesse ser avaliada a partir do principal pressuposto da Lei da Reforma Psiquiátrica, em que o investimento é centrado nos componentes substitutivos.

Análise de Cenário

Importante destacar a convergência do processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, regulamentado através da Lei 10.216, com o movimento internacional de mudanças no modelo de atenção em saúde mental. No contexto das Américas, a “Declaração de Caracas” (OPAS/OMS, 1990) foi fundamental para impulsionar a consolidação do processo da Reforma Psiquiátrica. Vasconcelos (2010) fez uma análise do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, dividindo em fases:

- 1990-2000: este período foi marcado pela mobilização e conquista política em torno da disputa do modelo de (des)institucionalização; início do financiamento para os serviços substitutivos; II Conferência Nacional de Saúde Mental (1992);
- 2001-2010: aprovação da Lei 10.216 (2001); expansão da rede de atenção psicossocial; ampliação da agenda política para enfrentamento dos desafios emergentes.

Após 20 anos da “Declaração de Caracas”, em 2010 a OPAS/OMS realizou a Conferência Regional de Saúde Mental no Panamá com representantes de saúde mental de todos os governos das Américas, de organizações de defesa dos direitos humanos, de organizações não-governamentais (ONGs), centros de estudos colaboradores da OPAS/OMS, usuários dos serviços de saúde mental e familiares, organismos internacionais de cooperação relativos à saúde, para estabelecer diretrizes necessárias para implementação de um Plano de Ação Regional em Saúde Mental

(2011-2020). O documento intitulado “Consenso de Panamá” indica como objetivo principal o fortalecimento da resposta do setor saúde mediante a execução de ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação no campo da saúde mental e na sociedade, com objetivo de eliminar as lacunas financeiras, de tratamento, de formação e de informação.

No cenário mundial também avançou a temática da saúde mental no âmbito técnico-científico, ganhando destaque e relevância. Instituiu-se, assim, um campo de práticas e de estudos que objetivou reduzir as iniquidades no acesso e nos cuidados à saúde mental em escala global – denominado Saúde Mental Global, conforme Wenceslau & Ortega (2015).

As evidências de carga e impacto sanitário dos transtornos mentais, a existência e disponibilidade de tratamentos efetivos, necessidades de cuidados não atendidos nos países de baixa e média renda, grave escassez e iníqua distribuição de recursos, além das barreiras de ampliação dos serviços de saúde mental, favorecem análises acerca da atenção em saúde mental em contextos específicos.

O cenário em Porto Alegre

O município de Porto Alegre tem 1.409.351 habitantes (IBGE 2010), e estava dividido na administração da saúde em oito Gerências Distritais (GD) até 2021, quando houve o reordenamento das Gerências realizado pela Diretoria de Atenção Primária (DAPS-SMS). Atualmente as oito Gerências são quatro Coordenadorias de Saúde: Norte (fusão das Regiões Distritais NEB e NHNI), Sul (fusão das Regiões Distritais SCS e RES), Leste (fusão das Regiões Distritais LENO e PLP) e Oeste (fusão das Regiões Distritais GCC e Centro).

Os territórios apresentam muitas desigualdades entre si no que se refere a condições de saúde, socioeconômicas e populacionais. Assim como outros municípios do país, passou-se a conviver com o aumento da expectativa de vida da população e a diminuição da taxa de natalidade. Verificou-se, também, o aumento de situações relacionadas à violência por causas externas, sobretudo violência armada.

A vulnerabilidade social e as iniquidades em saúde são determinantes para a produção de sofrimento e transtornos mentais relacionados ou não ao uso de álcool e outras drogas. Simultaneamente, são a consequência que retroalimenta a produção de sofrimento, e na modalidade de causa, ao longo dos itinerários geracionais de famílias e comunidades. Isso caracteriza um campo de vulnerabilidade psicossocial, indissociável na gestão e atenção em saúde.

O quadro abaixo demonstra a cobertura de serviços direcionados a atenção psicossocial na cidade, por Coordenadoria de Saúde:

Quantitativo de cobertura de serviços por Região Distrital / Coordenadoria de Saúde

Coordenadoria de Saúde e população	Gerência Distrital e população	Tipo de Serviço	Nº por Região Distrital (RD)
Oeste 452.146	Centro 293.689	Unidades de Saúde	03
		CAPS I Casa Harmonia	01 (referência para RD Centro, RD SCS e RD RES)
		CAPS I HCPA	01 (referência para RD LENO, RD PLP e RD GCC)
		CAPS II HCPA	01 (referência para RD LENO e RD PLP)
		CAPS II Centro	01 (referência para RD Centro e RD RES)
		CAPS AD IV	01
		Equipe Especializada em Saúde da Criança e do Adolescente (EESCA)	01
		Equipe Saúde Mental Adulto (ESMA)	01
		Consultório na Rua Centro	01
		Serviço Residencial Terapêutico Nova Vida	01
		Serviço Residencial Terapêutico Centro	01
		GerAção POA	01 referência para a cidade
	Glória/ Cruzeiro/ Cristal 158.457	Unidades de Saúde	18
		CAPS AD II	01
		CAPS II	01 (referência para RD GCC e RD SCS)
		Equipe Saúde Mental Adulto (ESMA)	01
		Equipe Especializada em Saúde da Criança e do Adolescente (EESCA)	01
		Serviço Residencial Terapêutico	01
		Plantão Emergência em Saúde Mental (PACS)	01
SUL 301.433	Sul/ Centro Sul 202.101	Unidades de Saúde	18
		Equipe Especializada em Saúde da Criança e do Adolescente (EESCA)	01
		Equipe Saúde Mental Adulto (ESMA)	01
		CAPS AD III	01
	Restinga/ Extremo Sul 99.332	Unidades de Saúde	13
		Equipe Saúde Mental Adulto (ESMA)	01
		Equipe Especializada em Saúde da Criança e do Adolescente (EESCA)	01
		CAPS AD III	01

NORTE 395.602	Norte/ Eixo Baltazar 203.611	Unidades de Saúde	25
		Equipe Especializada em Saúde da Criança e do Adolescente (EESCA)	01
		Equipe Saúde Mental Adulto (ESMA)	01
		CAPS AD III GHC	01
		CAPS I GHC	01
		CAPS II GHC	01
		Consultório na Rua GHC	01
	Navegantes/ Humaitá/ Noroeste/ Ilhas 191.991	Unidades de Saúde	12
		Equipe Saúde Mental Adulto (ESMA)	02
		Equipe Especializada em Saúde da Criança e do Adolescente (EESCA)	02
		CAPS AD III	01
		Comunidade Terapêutica - Adultos Feminino	01 (referência para a cidade)
		Plantão Emergência em Saúde Mental (IAPÍ)	01
LESTE 343.349	Leste/ Nordeste 159.989	Unidades de Saúde	23
		Equipe Especializada em Saúde da Criança e do Adolescente (EESCA)	01
		Equipe Saúde Mental Adulto (ESMA)	01
		CAPS AD III	01
		Serviço Residencial Terapêutico	01
	Partenon/ Lomba do Pinheiro 183.360	Unidades de Saúde	21
		Equipe Especializada em Saúde da Criança e do Adolescente (EESCA)	01
		Equipe Saúde Mental Adulto (ESMA)	01
		CAPS AD III	01
		Comunidade Terapêutica - Adultos Masculino	01 (referência para a cidade)
		Comunidade Terapêutica - Adolescentes Masculino	01 (referência para a cidade)
		Serviço Residencial Terapêutico	01

A cobertura de CAPS em Porto Alegre não evoluiu de forma equânime ao longo dos anos, havendo uma maior concentração de serviços na Região Distrital Centro (que atualmente compõe a Coordenadoria Oeste), onde existem cinco CAPS (dois do tipo I, dois do tipo II adulto e um AD IV), e dos quais quatro serviços também são referência para outras regiões distritais. Na Região Distrital Norte/Eixo Baltazar (que atualmente compõe a Coordenadoria Norte), há três CAPS (AD III, II e I) cuja operacionalização é de responsabilidade do Grupo Hospitalar Conceição. A Região Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal (que atualmente compõe a Coordenadoria Oeste) possui dois CAPS (II e AD II), dos quais o CAPS II também é referência para outra região distrital. As regiões Partenon/Lomba do Pinheiro e Norte/Humaitá/Navegantes/Ilhas (que atualmente compõem as Coordenadorias Leste e Norte, respectivamente) contam, cada uma, com um CAPS AD III. A região Sul/Centro Sul conta com um CAPS AD III e a Restinga/Extremo Sul é composta apenas por um CAPS AD III. A região

Leste/Nordeste (que compõe a Coordenadoria Sul) não possui CAPS em seu território, fazendo com que os usuários sejam referenciados para serviços de outras Coordenadorias, de acordo com pactuações feitas previamente.

O avanço mais expressivo na constituição de novos serviços deu-se no campo de álcool e outras drogas, a partir de 2008, com a criação do CAPS AD Glória Cruzeiro Cristal, próprio municipal, seguido da instalação de dois CAPS ad II conveniados com o Hospital Mãe de Deus, nas Regiões Distritais NHNI e SCS, e uma unidade de internação feminina. A partir de 2012, com a publicação da Portaria MS/GM nº 3088/2011 da RAPS e do programa federal Crack é Possível Vencer, ao qual o município aderiu em dezembro de 2011, o CAPS AD II da Região Distrital NHNI foi qualificado para a modalidade III e um novo serviço foi aberto, CAPS AD III na Região Distrital PLP. Em 2018 foi realizado chamamento público para a implantação de novos CAPS AD nas modalidades III e IV, de forma que em 2019 foram implantados um CAPS AD III na Restinga (CAPS AD III Girassol), um na região LENO (CAPS AD III Caminhos do Sol), ambos através de Termo de colaboração celebrado com IB Saúde. Também foi implantado no mesmo ano o CAPS AD IV no Centro, sendo Porto Alegre a primeira capital brasileira a implantar um CAPS AD na modalidade IV. O mesmo chamamento público promoveu a qualificação do CAPS AD II Vila Nova, passando a ser CAPS AD III SCS. Portanto, a partir de 2019, Porto Alegre passou a ter um CAPS AD de referência para cada região distrital da cidade, sendo um próprio (CAPS AD II GCC), dois serviços públicos conveniados (CAPS AD III GHC e CAPS AD III HCPA), quatro por Termo de Colaboração com a Associação Educadora São Carlos - AESC (CAPS AD III NHNI Pernambuco, CAPS AD III PLP, CAPS AD III SCS e CAPS AD IV) e dois através de Termo de Colaboração com IB Saúde (CAPS AD III Girassol e CAPS AD III Caminhos do Sol).

Também houve avanço no sentido da territorialização do atendimento especializado em saúde mental para adultos e para a infância/adolescência. As equipes multiprofissionais em saúde mental (EMAESM, conforme Portaria nº 37, de 18 de janeiro de 2021) complementam a proposta da rede de atenção psicossocial prevista em âmbito nacional, prestando tratamento especializado e visando evitar o agravamento de situações de intenso sofrimento psíquico e que apresentam sintomas

psíquicos limitantes. Este serviço atua entre a atenção primária e os CAPS, emergência e internação hospitalar, e também é referência no território ao acompanhamento após a alta dos CAPS ou das internações, quando for indicado.

Em Porto Alegre as equipes de saúde mental são divididas em equipes de saúde mental adulto (ESMA) e equipes especializadas em saúde da criança e adolescente (EESCA). Atualmente a cidade conta com quatro equipes de saúde mental em cada Coordenadoria de Saúde (duas EESCA e duas ESMA), com exceção da Coordenadoria Norte, que possui três ESMA e três EESCA. Ao todo, são dezoito (18) equipes.

Já os atendimentos de emergência em saúde mental são realizados nos PESM Centro de Saúde Vila dos Comerciantes (2000) e IAPI (2009). O primeiro surgiu alinhado ao processo de municipalização da atenção à saúde, extinguindo a Central de Psiquiatria (SES/RS) e desvinculando o atendimento da emergência do Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP/SES/RS). O segundo, no IAPI, foi criado a partir da demanda apontada pelo controle social e ratificada por demanda judicial. Atualmente, o PESM IAPI é operacionalizado pela Associação Vila Nova, através de Termo de Colaboração, decorrente de chamamento público. No que diz respeito aos atendimentos de urgência/emergência em saúde mental para crianças e adolescentes, estes estão vinculados aos PESM, em ambiência conjunta com os adultos. Entende-se que é necessária a constituição de serviço para essa modalidade de atenção, respeitando as especificidades da infância e adolescência, conforme indica o “Relatório Final do GT Infância e Adolescência” (2016). A atenção à crise, à urgência e emergência em saúde mental para esta faixa etária deve ser realizada nos CAPS i e nos demais pontos de atenção de urgência e emergência dos hospitais gerais, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e pronto atendimentos. É importante o acesso ao tratamento ambulatorial continuado e territorializado para crianças e adolescentes, o que diminuirá o agravamento dos casos. Para isso, faz-se necessária a ampliação dos CAPS i na cidade, principalmente com a implantação de CAPS i na modalidade III, com leitos de permanência noturna e atendimento a situações de crise.

Quanto aos leitos de saúde mental, em 2014 a RAPS contou com 233 leitos em hospital geral para adultos e adolescentes. Contudo, nos anos seguintes ocorreu a diminuição e o fechamento de leitos por inadequação na prestação do serviço, por

incompatibilidade técnica de parte de alguns prestadores. A importante crise financeira e política da época, que entre outras repercussões, reduziu a capacidade do Ministério da Saúde de autorizar habilitações e a ausência de co-financiamento estadual, provocou a brusca diminuição desses leitos, inclusive com o fechamento de unidades hospitalares. Desde 2014 a SMS vem solicitando formalmente aos hospitais gerais a abertura de leitos de saúde mental em acordo com Portaria MS/GM nº 148/2011. A inauguração do Hospital Santa Ana, em agosto de 2018, trouxe o acréscimo de 28 vagas em hospital geral, destinadas à adolescentes do sexo masculino e 28 vagas para mulheres adultas com transtornos decorrentes de álcool e outras drogas. Atualmente, o município tem um total de 362 leitos hospitalares de saúde mental contratualizados com a SMS, sendo 174 em hospitais psiquiátricos e 188 em hospitais gerais.

No cenário da gestão da RAPS, foram criados espaços colegiados no intuito de partilhar com os serviços a organização do cuidado e fortalecer as redes existentes nos territórios. Destacam-se a constituição do Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental (2011), o Fórum AD (2012-Serviços de Álcool e Outras Drogas) e o Fórum das EESCA (2012), hoje recompostos e chamados, respectivamente, de Fórum RAPS AD, Fórum RAPS Infância e Adolescência e Fórum RAPS Adulto. Além destes, a partir de 2013 foram constituídos os FRAPS Distritais, como uma das estratégias para articulação da RAPS nos territórios, ampliando o diálogo e promovendo a gestão participativa dos processos de trabalho. Os FRAPS visam estabelecer espaços de reflexão, de intersecção de concepções acerca do trabalho, de educação permanente e gestão em saúde, proporcionando a troca com os serviços intersetoriais da assistência e educação, entre outros.

A partir da mudança de Gerências Distritais para Coordenadorias de Saúde em 2021, foi iniciada uma discussão e forte preocupação acerca da possibilidade de alteração dos territórios de saúde, que pudessem assim comprometer a organização dos distritos e o acesso dos usuários aos serviços, e esta preocupação também foi estendida em relação ao funcionamento dos fóruns RAPS. Apesar da mudança, a orientação da DAPS é de que os territórios, agora organizados por Coordenadoria, mantenham o atendimento de forma distrital. Houve questionamento se os fóruns RAPS também seriam aglutinados conforme o território de cada coordenadoria, e cada antiga

Gerência realizou discussões a este respeito. De um modo geral, foi mantido o formato inicial de cada fórum RAPS.

A partir de julho de 2016 foi implantado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre o Sistema GERCON para solicitação e regulação do acesso às primeiras consultas especializadas nos serviços da rede de atenção à saúde sob gestão plena do Município. Este sistema foi desenvolvido por técnicos especialistas da SMS, em parceria com a Companhia de Processamento de Dados do Município de Porto Alegre - PROCEMPA, conforme as “Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores” do Ministério da Saúde. Os requisitos do Sistema foram definidos para possibilitar a qualificação, simplificação, transparência e a segurança do processo regulatório.

No entanto, a adesão dos serviços de saúde mental à regulação através do GERCON só ocorreu em março de 2019, quando as agendas de primeiras consultas para as equipes de saúde mental e CAPS passaram a ter o acesso somente por regulação, obedecendo critérios de prioridade, territorialidade e a uma matriz de agravos que norteia por gravidade do caso, em qual serviço o indivíduo deverá ser agendado. Permaneceram em funcionamento com “portas abertas” todos os CAPS AD da cidade.

Abaixo, os critérios que determinam a prioridade de atendimento, por faixa etária:

GERCON

Agendas: SAÚDE MENTAL ADULTOS e SAÚDE MENTAL A&D	
Prioridade	Critério
1	Atribuído pelo regulador para situações de extrema prioridade
2	Alta de hospitalização por transtorno mental nos últimos 60 dias?
2	Tentativa de suicídio nos últimos 6 meses? <i>*Nota: Plano suicida indica necessidade de avaliação na emergência</i>
3	Pessoa em situação de rua, abrigo ou residencial terapêutico?
3	Exposição à violência sexual com sofrimento mental atrapalhando atividades diárias nos últimos 6 meses?
3	Transtorno mental em gestante?
4	Automutilações no momento da avaliação?
4	Sintomas psicóticos (delírios e/ou alucinações) no momento da avaliação?
4	Caso discutido com equipe de saúde mental de referência ou por meio de teleconsultoria?
5	Nível elevado de dependência (não consegue realizar atividades do dia a dia)?
5	Refratariedade dos sintomas a duas ou mais estratégias medicamentosas com tratamento otimizado?
5	Dificuldade financeira no deslocamento para serviços fora do território?

Agendas: SAÚDE MENTAL INFANTIL	
Prioridade	Critério
1	Atribuído pelo regulador para situações de extrema prioridade
2	Alta de hospitalização por transtorno mental nos últimos 60 dias?
2	Tentativa de suicídio nos últimos 6 meses? <i>*Nota: Plano suicida indica necessidade de avaliação na emergência</i>
2	Exposição à violência sexual nos últimos 6 meses?
2	Transtorno mental em gestante?
3	Pessoa em situação de rua, abrigo ou proteção especial?
3	Sintomas psicóticos (delírios e/ou alucinações) no momento da avaliação?
4	Automutilações no momento da avaliação?
4	Caso discutido com equipe de saúde mental de referência ou por meio de teleconsultoria?
5	Nível elevado de dependência (não consegue realizar atividades do dia a dia)?
5	Refratariedade dos sintomas a uma ou mais estratégia(s) medicamentosa(s) com tratamento otimizado?
5	Dificuldade financeira no deslocamento para serviços fora do território?

Após dois anos de funcionamento da regulação através do Gercon, alguns ajustes de fluxo se fizeram necessários. Foi instituído o fluxo de encaminhamento direto entre os serviços especializados em saúde mental para casos que necessitam transição de cuidado pelos seguintes motivos: mudança de faixa etária; alteração no endereço residencial que implica alteração no serviço de referência; mudança de nível de atenção necessário. Nestas situações, entende-se que se a pessoa já estava em atendimento em um serviço de saúde mental, não necessita entrar novamente na fila de espera para uma primeira consulta, devendo manter a continuidade do seu tratamento já em curso.

Considerando o elevado número de abstenções às primeiras consultas, a partir de janeiro de 2022 foi instituído que os serviços fariam a busca ativa dos usuários faltantes, e não havendo a utilização do horário de primeira consulta, este deverá ser compensado através de oferta de horário(s) extra(s) no mês seguinte.

A internação hospitalar, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio. Em relação ao acesso aos leitos de internação psiquiátrica, este se dá através da regulação dos leitos hospitalares, de acordo com as especificidades de cada pessoa e de cada serviço.

O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social e/ou familiar, deve ser vinculado a um CAPS ou ESMA, onde será avaliado para ingresso em Serviço Residencial Terapêutico (SRT). Portanto, a indicação de ingresso em SRT deve ser avaliada pelo serviço especializado em saúde mental de referência. Da mesma forma, a regulação do acesso para as Comunidades Terapêuticas ocorre através dos CAPS AD.

Eixos Temáticos

O Plano Municipal de Saúde Mental (2005/2008), indicou três eixos prioritários para sua operacionalização, organizados através de Programas voltados para áreas consideradas deficitárias na rede de saúde mental do Município:

- Programa de Atenção a Crianças, Adolescentes e Jovens;
- Programa de Atenção à Dependência Química;
- Programa de Atenção em Saúde Mental na Atenção Primária.

Ainda que o cenário da cidade tenha mudado e que investimentos financeiros e programáticos tenham sido executados, entende-se que esses três eixos permanecem sendo prioritários para a Atenção Psicossocial, necessitando de ampliação, articulação e consolidação. Contudo, no contexto da Política atual, tais programas serão reorganizados sob os seguintes Eixos Temáticos, estratégicos para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial:

Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes

O comércio ilegal de substâncias ilícitas tem aumentado, sendo que o impacto deste fenômeno vai desde o sofrimento de estar próximo aos territórios de violência conflagrada, até o risco de recrutamento de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade para o engajamento nas atividades ilícitas. Nesses casos, o potencial para uso de substâncias psicoativas é alto.

De acordo com o relatório anual de 2019 realizado pelo Disque Direitos Humanos (“Disque 100”), 55% das denúncias foram de casos de violações de direitos humanos relacionados ao grupo “Crianças e adolescentes” (site do Governo Federal, acessado em 14.02.2022).

Identifica-se a necessidade de qualificar e ampliar o atendimento para crianças e adolescentes em todos os componentes da RAPS. Os serviços direcionados a essa população estão restritos às EESCA e a somente três CAPS i na modalidade II. Portanto, há necessidade da reorientação do modelo de atenção psicossocial às crianças e adolescentes, com a ampliação da cobertura de CAPS i, exercendo a sua atribuição de coordenador do cuidado. Faz-se necessária a implantação de CAPS i na modalidade III, também como forma de qualificar o atendimento às situações de

emergência em saúde mental na infância e na adolescência. A ampliação da rede para atendimento à infância também permitirá que os CAPSi possam funcionar de portas abertas, sem necessidade da regulação de primeiras consultas, agilizando o atendimento e abreviando possíveis agravamentos das patologias mentais, permitindo um trabalho de base comunitária, territorial e matricial mais qualificado. Cabe ressaltar que foram realizados dois chamamentos públicos para a implantação de CAPS i, que restaram desertos.

Segundo dados da equipe de acolhimento institucional da FASC, estima-se que mais de 50% das crianças, adolescentes e jovens adultos acolhidos necessitam de cuidados especializados em saúde mental, e que quase a totalidade faz uso de medicação psicotrópica. Essa realidade justifica a assistência programada e estratégica junto à atenção primária e aos serviços especializados nos territórios. Tal necessidade não difere, quando se trata de adolescentes em cumprimento de medida sócio educativa, onde a condição da própria medida é potencial para o sofrimento e o adoecimento psíquico. O cuidado de crianças e adolescentes deve ser pautado na lógica da integralidade e da territorialidade, da intersetorialidade buscando o fortalecimento das ações de promoção e prevenção, numa linguagem contemporânea.

Embora não se tenha ainda os números exatos de pessoas com autismo no país (o Censo do IBGE de 2020, que incluía o autista na pesquisa, foi adiado), estima-se que haja mais de dois milhões de autistas, de diferentes graus, em território nacional. Segundo a ONU, a cada 56 crianças nascidas, uma é autista, o que mostra aumento significativo de diagnósticos de TEA, já que há uma década, a estimativa era de um para cada 110 crianças. Esse aumento exponencial de casos de autismo, somado à falta de números oficiais que especifiquem quantos destes são leves, moderados ou severos, dificulta ainda mais a implantação de políticas públicas uniformes e efetivas nos estados.

O projeto Centro de Referência do Autismo Infantil de Porto Alegre, parceria entre Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SMDS), Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Secretaria Municipal de Educação (SMED) pretende ser excelência em tratamento do Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) com foco na estimulação precoce e pioneiro na oferta de serviços que aliem saúde, educação e assistência

social-cidadania. Para tanto, pretende dividir o atendimento e acolhimento em três centros distintos: Centro de Tratamento do Autismo, Centro de Convivência do Autista e Centro de Cidadania do Autista.

Atenção Psicossocial às pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas

No conjunto dos municípios brasileiros, na primeira década de execução da Lei Federal 10216/2001 e da constituição de redes de cuidado (2001-2010), a atenção a pessoas com uso problemático de álcool e outras drogas esteve mais restrita à constituição da rede através dos CAPS AD e leitos de internação especializados. No entanto, as grandes capitais viveram o desafio do aumento do consumo de álcool e drogas associado ao agravamento dos determinantes sociais de saúde, da expansão da contaminação pelo HIV, o retorno da disseminação da tuberculose, bem como outras doenças infecto-contagiosas. Essa realidade desencadeou a necessidade de utilização de métodos de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação integrados e com impacto sobre a magnitude da repercussão. Nesse sentido, foi reforçada a atenção em saúde pautada numa lógica de enfrentamento do uso de drogas, da abstinência como diretriz e na constituição dos serviços assistenciais, de atendimento prolongado.

A partir de 2011 a expansão da rede torna-se uma necessidade real e efetiva, na medida em que as comorbidades associadas aos transtornos provocados pelo uso de álcool e outras drogas se tornam mais evidentes. A constituição da Rede de Atenção Psicossocial, enquanto rede temática prioritária da RAS, reafirma que a diretriz de cuidado deve estar pautada no cuidado singular, de base territorial, regionalizado e na lógica da Redução de Danos. Nesse campo, destaca-se que entre os anos de 1998 e 2013 Porto Alegre contou com redutores de danos, que atuaram compondo equipes de saúde. As ações desenvolvidas pelos redutores de danos foram estratégicas para o cuidado integral de pessoas que faziam uso problemático de álcool e outras drogas. Contudo, os desafios para manter a contratualidade dos agentes redutores impediram legalmente a renovação dos contratos de trabalho com esses profissionais. Entretanto,

manteve-se a redução de danos como diretriz de cuidado, lógica que deve atravessar todas as ações em saúde.

Em abril de 2012 Porto Alegre aderiu ao Programa Interfederativo “Crack, é Possível Vencer”, vinculado ao Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Álcool e Drogas (SENAD), Ministério da Justiça (MJ) e Ministério do Desenvolvimento Social(MDS), o que viabilizou a ampliação da rede de serviços e aproximou a rede intersetorial. Metas estabelecidas no Programa, encerrado oficialmente em 2014, ainda demandam execução no município. Em 2015, Porto Alegre aderiu ao Projeto REDES, SENAD/FIOCRUZ, em que o foco são as ações intersetoriais voltadas para pessoas em condição de vulnerabilidade. No final de 2018 e em 2019, houve importante ampliação da rede AD, de forma que foram implantados novos CAPS AD e requalificados os já existentes, firmando parcerias através de Termos de Colaboração. Desta forma, todas as regiões Distritais de Porto Alegre passaram a ter um CAPS AD de referência, funcionando de portas abertas, sendo um na modalidade II, seis na modalidade III e um CAPS AD na modalidade IV. Os CAPS AD também são responsáveis pela regulação do acesso dos usuários às Comunidades Terapêuticas, sendo este um dispositivo da rede para auxílio e continuidade do tratamento à dependência química.

Pelo exposto, consideramos que a cobertura de CAPS AD está adequada para a cidade de Porto Alegre, atualmente. No entanto, faz-se necessária à ampliação da rede de serviços que atendem pessoas com uso de substâncias psicoativas com a implantação do componente residencial transitório para pessoas com uso de substâncias psicoativas - a Unidade de Acolhimento.

Atenção Psicossocial às pessoas e populações em condição de vulnerabilidade

Dentre as pessoas que apresentam sofrimento ou transtornos mentais provocados ou não pelo uso de álcool e drogas, destacam-se alguns segmentos mais vulneráveis. O corte étnico-racial, o ciclo de vida, as condições de acesso a bens de consumo e a orientação sexual definem uma condição de vulnerabilidade sensível ao cuidado terapêutico que precisa ser oferecido através da RAPS. Compreende-se que essas

populações trazem em si mesmas singularidades e possibilidades que precisam ser conhecidas, significadas e incorporadas ao cuidado setorial e intersetorial.

Os serviços de saúde mental funcionam de portas abertas e em parceria com os serviços da atenção primária em saúde e da atenção social em prol das pessoas em situação de rua. Diversos fluxos relacionados ao atendimento destas pessoas vêm sendo estruturados e adequados para o melhor atendimento desta população, em articulação com as áreas responsáveis pelas políticas específicas.

Idosos

O relatório anual de 2019 do Disque Direitos Humanos (Disque 100) apontou que 30% das denúncias de violação de direitos foram referentes a pessoas idosas. Somando a esses dados, no cotidiano da RAPS, observa-se demanda por internações hospitalares associadas a sintomas depressivos e uso problemático de álcool, bem como solicitação de institucionalização de idosos com transtornos mentais e outras comorbidades, por ausência de cuidados familiares e falta de cuidados domiciliares. Esse fenômeno inverte a lógica de cuidado que preconiza a atenção de base territorial e comunitária, com estratégias de saúde da família e cuidados domiciliares.

Lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, queers, pansexuais, agêneros, pessoas não binárias e intersexo (LGBTQIA+)

Frequentemente a população LGBTQIA+ vivencia situações de descuido, desconforto e até discriminação por juízo de valores acerca da orientação sexual ou identidade de gênero nos serviços públicos de saúde. As experiências discriminatórias sobre os conflitos éticos na prática dos profissionais em relação às manifestações da diversidade sexual não deveriam existir, mas muitas vezes acabam se reproduzindo nos serviços de cuidado. A prática dos trabalhadores de saúde muitas vezes referenciada unicamente em padrões heteronormativos tece relações prejudiciais com a população e reforça os diversos aspectos da violência e do sofrimento para as quais buscam auxílio.

O objetivo da diretriz municipal de atendimento da população LGBTQIA+, visa promover e direcionar uma atenção ao cuidado integral da saúde física e mental dessa população, eliminando a discriminação e o preconceito institucional e adequando a postura dos profissionais de saúde do município. Trata-se de intensificar a conduta ética e inclusiva dos profissionais de saúde que atuam em diferentes centros de atendimento, desde a orientação adequada e não discriminante em diferentes ações de monitoramento de vulnerabilidade referentes a essa população, no entanto as organizações nacionais de proteção e o diálogo com esses sujeitos revela um cenário cotidiano de sofrimento psíquico provocado pelas violências.

Todos os serviços de saúde mental são orientados a utilizar o nome social, bem como se definiu serviços de referência para o atendimento em álcool e drogas (CAPS AD IV), bem como para a internação psiquiátrica de pessoas trans (Hospital Santa Ana e Hospital São Pedro).

População Negra

O marco fundamental da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN, 2009) é o “reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde com vistas à promoção da equidade em saúde.” Cabe aos municípios, entre outros, o “fortalecimento da atenção à saúde mental das crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos negros, com vistas à qualificação da atenção para o acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e envelhecimento e a prevenção dos agravos decorrentes dos efeitos da discriminação racial e exclusão social, bem como o fortalecimento da atenção à saúde mental de mulheres e homens negros, em especial aqueles com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas”. Nesse sentido, a RAPS deve incorporar o corte étnico racial como marcador para elaboração dos planos terapêuticos singulares, bem como na organização dos serviços.

A população negra de Porto Alegre em 2009 por declaração de nascidos vivos, representa 20,2% da população, em sua maioria concentrada nas Regiões Distritais PLP, LENO e RES. Alguns desses distritos são periféricos, as condições sociais estão

mais precarizadas e os índices de violência e vulnerabilidade são mais elevados. Além disso, esta população ainda possui as maiores taxas de analfabetismo no município e, dos que ingressam na rede escolar, há uma redução de aproximadamente 50% das matrículas dos jovens conforme avançam os anos de estudo.

Os dados mostram a dificuldade ainda existente na inclusão dos negros no mercado de trabalho, reflexo do racismo ainda persistente na sociedade. A média de renda desta população é inferior à população não negra. Enquanto a taxa geral de homicídios teve aumento de 50,9% entre os anos de 2002 e 2014, o aumento de homicídios entre a população negra foi de mais de 100%. O percentual de mortes por homicídio de jovens negros do sexo masculino de 15 a 29 anos, sobre o total de mortes dessa mesma faixa etária, cor e sexo ultrapassa os 80% em regiões como Restinga, Lomba do Pinheiro e Cruzeiro. No campo da saúde, a população negra lidera índices de taxa de incidência de AIDS, sífilis congênita, tuberculose, mortalidade feminina e óbitos maternos.

Porto Alegre tem na sua composição quatro quilombos urbanos, conhecidos como Quilombo dos Alpes (Glória), Quilombo da Família Silva (Três Figueiras), Quilombo do Areal (Cidade Baixa/Menino Deus) e Família Fidélis (Cidade Baixa/Azenha). A população desses locais demanda ações específicas que devem ser observadas e pactuadas em cada Coordenadoria de Saúde.

População em Situação de Rua

A Pesquisa Perfil e o Mundo dos Adultos em Situação de Rua de Porto Alegre, 2016, realizada pela FASC/UFRGS, demonstrou que a população de rua é constituída por 85,7% de homens e por 13,8% de mulheres, que a faixa etária mais frequente está entre 25 e 59 anos. Quanto à cor, 34,4% eram brancos, 24,5% pretos, 12,4% pardos, 0,7% amarelos e 25,2% sem resposta ou com outra identificação. Mais de 60% possui ensino fundamental incompleto ou é analfabeto, contudo na comparação entre anos de 2014 e 2016, percebe-se um aumento em relação a pessoas em situação de rua com ensino médio em andamento e completo, bem como com pós graduação. As principais doenças ou sintomas referidos pelos entrevistados foram: dependência química/álcool

(58,1%), dor de dente (47,2%), dores no corpo (43,7%), sofrimento e transtornos mentais (36,1%), seguido de doenças respiratórias/asma (23,6%), entre muitas outras. Houve um aumento de 25% dos registros de denúncias de violações de direitos contra a população em situação de rua entre 2014 e 2015. As maiores ocorrências são de negligência (84,29%), seguidas por violência psicológica (23,26%), violência física (19,03%) e violência institucional (7,55%).

A população em situação de rua tem como principal referência de atendimento e cuidados os consultórios na rua, as emergências, os CAPS AD, principalmente o CAPS AD IV e os CAPS II, com ações específicas de abordagens de rua do CAPS II Centro. Há necessidade, em muitos casos, do acesso ser intermediado pelas equipes da assistência social e/ou serviços da atenção primária para garantir o cumprimento do direito ao cuidado. Como já referido, as mulheres são minoria na rua, porém concentram agravos e situações de vulnerabilidade importantes. Segundo a pesquisa (FASC/UFRGS, 2016) as mulheres referem doenças e sintomas na seguinte hierarquia: dores no corpo (54,1%), sofrimento e transtornos mentais (49,3%), problemas nos dentes (49,3%), dependência química/álcool (40,5%) e doenças respiratórias (43,2%).

População Indígena

A partir da análise e constatações da Política de Equidades em Saúde da SMS de Porto Alegre, sabe-se que existe aumento significativo de uso problemático de substâncias psicoativas entre os povos indígenas (principalmente uso de álcool) e exposição a situações de violência urbana, sobretudo com adolescentes do sexo feminino e mulheres jovens. A interferência da cultura hegemônica ocidental branca pode ser um fator indicativo de tais mudanças, mesmo que as políticas públicas tenham avançado em considerar as especificidades e a cultura de cada aldeia ou comunidade indígena presente na cidade de Porto Alegre. A Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas (PNASPI/2002), prevê que essa população demande atenção diferenciada, considerando aspectos culturais, epidemiológicos e operacionais em acordo com as onze comunidades indígenas e cada uma das etnias presentes no município, dentre elas Mbyá Guarani, Kaingang e Charrua. As ações deverão ser compartilhadas com a

equipe de saúde indígena, vinculada a atenção primária, Secretaria Especial de Saúde Indígena/ SESAI.

Atenção Psicossocial na Atenção Primária em Saúde

A Atenção Primária em Saúde é responsável pela articulação entre os componentes especializados da RAPS, coordenação e continuidade do cuidado no território. Os componentes demonstram a relevância dada em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB/2011), que incorporou os Consultórios na Rua (anteriormente vinculados à Política de Saúde Mental). Em Porto Alegre, os CAPS as Equipes de Saúde Mental Adulta e as Equipes Especializadas em Saúde da Criança e Adolescentes realizam apoio matricial às Unidades de Saúde como forma de propiciar e/ou garantir a continuidade do tratamento em saúde mental, bem como qualificar a atenção em saúde mental na APS e o acesso aos serviços especializados. Nesse sentido, reitera-se a necessidade de composições entre os serviços da Saúde Mental e APS, promovendo articulações e fortalecendo a atenção psicossocial no município.

Territorialização da Atenção Psicossocial Estratégica

O cuidado regionalizado e de base territorial devem ser mantidos e são fundamentais na instalação de novos pontos de atenção (de modo a completar a rede mínima necessária), também no sentido de pensar o território a partir da acessibilidade e dos sentidos de pertencimento das pessoas a espaços que são definidos, inicialmente pela lógica administrativa.

O acesso e adesão das pessoas com sofrimento e transtornos mentais estão diretamente associados à qualificação do acolhimento, a singularidade do cuidado e a capacidade objetiva de acessibilidade à rede. Como exemplo, pode-se considerar que riscos associados aos efeitos da violência urbana têm sido determinantes para a redefinição dos pontos de atenção.

Reabilitação Psicossocial

Um dos enfoques transversais propostos pelo Plano de Ação Sobre Saúde Mental 2013-2020 da OMS, aponta a autonomia das pessoas com transtornos mentais e deficiências psicossociais, através do trabalho, da participação política e social, do planejamento e avaliação da política de atenção.

Esse tema é uma das estratégias para mudança do modelo de atenção brasileiro, anteriormente voltado para a incapacidade e para a hospitalização. Em Porto Alegre foram desenvolvidas práticas relacionadas ao campo de reabilitação pelo trabalho que são referência para todo o país. Envolvem a participação ativa de usuários e familiares, serviços de saúde, redes de economia solidária, iniciativa privada, instituições de ensino, controle social, secretaria municipal do trabalho, comunidades, entre outros. Essas práticas deram origem a coletivos e cooperativas, incubadora social e possibilitaram a efetiva experiência de autonomia e participação de usuários junto com a governança local. Essas experiências se organizam a partir de diferentes níveis de complexidade, podendo ter embriões na atenção primária, na condição de oficinas terapêuticas, grupos de apoio, tal como podem se materializar e ter inserção no mercado formal de trabalho com suporte dos serviços de saúde, apoio aos familiares e orientação para empresas empregadoras. O desafio desse eixo é a consolidação da diretriz de reabilitação e a ampliação das ações dentro dos pontos de atenção previstos na RAPS.

Desinstitucionalização

A Política de Saúde Mental, baseada em uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), nasceu da necessidade de mudança de rumo no modelo de tratamento de pessoas com transtorno mental ou em sofrimento psíquico. A Lei Federal 10.216, de 6 de abril de 2001, veio estabelecer que a institucionalização de pessoas não é aceitável como estratégia de tratamento em saúde mental. Essa estratégia gerou enormes instituições totais, que despersonalizaram, retiraram a autonomia e a cidadania de milhares de pessoas, alienando-as do convívio familiar e social e, em última instância,

de si mesmas. Assim, a RAPS visa a inserção social de pessoas com transtornos mentais sofrimento psíquico, para que tenham garantidos os seus direitos e a sua cidadania, acessando todos os recursos que à população em geral acessa, tendo, entre suas diretrizes, o combate a estigmas e preconceitos e o desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania.

O SRT é dispositivo de desinstitucionalização, caracterizado assim nas portarias ministeriais 106 (de 11 de fevereiro de 2000), 3.090 (de 23 de dezembro de 2011), 3.088 (de 23 de dezembro de 2011) e 3.588 (de 21 de dezembro de 2017), que expressam, também, a Política de Saúde Mental baseada na desinstitucionalização. Inicialmente, o público do SRT era de apenas pessoas institucionalizadas em hospitais psiquiátricos ou de custódia por mais de dois (2) anos ininterruptos. Atualmente, ele se destina a receber pessoas com transtornos mentais graves, que não conseguem desenvolver autonomia mesmo quando em tratamento em serviço aberto, de base territorial e comunitária (CAPS ou equipes de saúde mental), preferencialmente egressas de longas internações em hospital psiquiátrico ou de custódia (dois anos ininterruptos, ou mais). O objetivo do SRT é o desenvolvimento de autonomia e a futura alta do morador para uma situação de maior independência.

Além do SRT Nova Vida, foram contratualizados, via termo de colaboração celebrado com o Instituto Renascer no ano de 2018, 10 (dez) novos SRT, a serem implantados gradualmente. Atualmente conta-se com 4 serviços já implantados.

A avaliação dos casos para ingresso em SRT se dá de forma individualizada e prioritariamente envolvendo o serviço de saúde mental que já acompanha a pessoa em questão. Desta forma CASM vem organizando o fluxo para que usuários que apresentem transtornos graves e persistentes, que não apresentaram evolução através da vinculação a tratamento intensivo, como por exemplo em CAPS, e que preferencialmente sejam egressos de longas internações psiquiátricas e/ou hospitais de custódia devam ser avaliados pelo CAPS que acompanha o caso. A CASM prevê iniciar capacitação com os CAPS para que estes venham a regular as vagas de ingresso, que são reguladas pela CASM atualmente.

Gestão Colegiada

A gestão colegiada da política de atenção psicossocial é uma das diretrizes previstas para organização e sustentação das redes de cuidado e na mesma medida um desafio de implantação da reforma psiquiátrica. A garantia de participação dos usuários e familiares na gestão do cuidado e na avaliação dos serviços; a unidade de gestão entre componentes dos diferentes níveis de atenção na RAS, a participação do executivo junto ao controle social e a interseccionalidade são alguns desafios que necessitam ser enfrentados com estratégias participativas e de rede de modo a fortalecer a territorialidade. Nessa perspectiva, foram criados os FRAPS distritais, que devem direcionar as deliberações e demandas para o Grupo Condutor da RAPS (Portaria 3088/2011). A base de pactuação do Grupo Condutor é a Matriz Diagnóstica da RAPS. Desse modo é fundamental que o próprio território possa ganhar autonomia na análise de suas demandas, através do FRAPS, dos grupos de monitoramento com eixo em saúde mental, e da articulação com as equipes da DVS e controle social.

Matriz Diagnóstica da Atenção Psicossocial

A Portaria 3088/2011 estruturou uma matriz diagnóstica para visualização e percepção dos componentes da RAPS. A Matriz evidencia a correlação que se estabelece entre os componentes e desenha o caminho para os avanços necessários. A Matriz de Porto Alegre está assim constituída:

MATRIZ DIAGNÓSTICA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL					
Região: Sul					
Município: Porto Alegre					
População: 1.409.351 habitantes					
COMPONENTE	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Déficit	Parâmetro
I. Atenção Primária em Saúde	Unidade de Saúde		133		Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica, de 21 de outubro de 2011.
	ESF – Estratégia de Saúde da Família		255		
	Equipes de Atenção Primária para populações em situações específicas.		03		Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011

			01		Equipes de Saúde para a população indígena
					Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório
					1- Municípios com 3 ou mais CT: 1 equipe para cada 3 CTs.2 - municípios com menos de 3 CT (menos de 80 pessoas): a atenção integral fica por conta das equipes de AB do município.
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família		0		Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica - 2011
	Centro de Convivência	04	0	04	Sem definição ministerial
II. Atenção Psicossocial Especializada	Centro de Atenção Psicossocial				
	CAPS II	qualificar para modalidade III	04	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab.
	CAPS III	08	0	08	Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab.
	CAPS AD II	qualificar para modalidade III	01	0	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab.
	CAPS AD III	07	06	01	Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab.
	CAPS AD IV	01	01	0	Municípios com população acima de 500 mil habitantes
	CAPS i	04 na modalidade III	03	01	Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab.
	EQUIPES DE SAÚDE MENTAL ADULTO	04 do tipo III 01 equipe Desinsti	09	0	1(uma) equipe para cada CS
	EESCA	04 do tipo III	09	0	01(uma) equipe para cada CS
III. Atenção de Urgência e Emergência	UPA		02		Conforme orientações da Portaria da Rede de Atenção às Urgências, de 07 de julho de 2011.
	SAMU	Equipe de SAMU Mental	0	01	
	PLANTÃO DE SAÚDE MENTAL	0	02	0	
IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório	UA ADULTO	07	0	07	1 UA (com 15 vagas) para cada 10 leitos de enfermarias especializadas em hospital geral por município.

	UA INFANTO-JUVENIL	02	0	02	Municípios com mais de 100 mil habitantes e com mais de 2500 crianças e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas (UNODC,2011). Municípios com 2500 a 5000 crianças e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas: 1 Unidade. Municípios com mais de 5000 crianças e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas: 1 Unidade para cada 5000 crianças e adolescentes.
	COMUNIDADE TERAPÊUTICA	03	03 (total de 80 vagas)	0	
V. Atenção Hospitalar	LEITOS DE SAUDE MENTAL		362	0	1 leito para cada 23 mil habitantes Portaria nº 1.101/02
VI. Estratégias de Desinstitucionalização	SRT	12	06	06	
	PVC		75		
VII. Reabilitação Psicossocial	COOPERATIVAS	01	01	01	A depender do nº de munícipes longamente internados
	OFICINA DE TRABALHO e GERAÇÃO DE RENDA	04	01	03	A depender do nº de munícipes longamente internados.

Diretrizes Prioritárias

Conforme exposto anteriormente, parte-se da análise dos documentos existentes no período de 2005 até o momento, para orientar e subsidiar a análise de cenário referente aos avanços e desafios encontrados no processo de construção e efetivação da Rede de Atenção Psicossocial em Porto Alegre. De forma a contemplar as necessidades de saúde mental que vêm sendo debatidas, principalmente nos espaços de deliberação de participação do controle social², as propostas da Conferência Municipal de Saúde Mental (2022) são aqui reafirmadas como diretrizes prioritárias desse documento. Estas diretrizes devem ser balizadoras para a construção de metas

² Discussões realizadas na Comissão de Saúde Mental, Plenárias do CMS, conselhos locais e distritais e Conferências, em especial, a última conferência temática de Saúde Mental/2010.

referentes à Política de Atenção Psicossocial para o Município, em consonância com o Plano Municipal de Saúde:

- Reafirmar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica enquanto Política de Saúde Mental, para Porto Alegre;
- Garantir a abertura de serviços de atenção psicossocial, fortalecendo e ampliando a rede pública de atenção à saúde mental adulta e infantil;
- Readequar o plano de saúde mental de Porto Alegre a partir das deliberações das Conferências Municipal, Estadual e Nacional de Saúde Mental, a serem realizadas em 2022;
- Colocar a saúde mental como prioridade de investimento no âmbito da gestão municipal, promovendo a implantação da rede substitutiva necessária às demandas da cidade;
- Diferenciar junto à gestão/gestor o que é gasto do que é investimento em saúde mental.
- Promover a reposição de recursos humanos nas equipes multidisciplinares, complementando as equipes desfalcadas por aposentadorias, exonerações e outras vacâncias;
- Promover acesso às informações sobre as ofertas de serviços de atenção à saúde mental;
- Efetivar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, Portaria MS/GM 1996/2007, para os trabalhadores em todos os pontos da rede, fomentando a mudança do modo de atenção proposto pela Reforma Sanitária e Psiquiátrica;
- Assegurar que as propostas da IV Conferência sejam articuladas com os demais setores que elaboram e implementam as políticas públicas, conferindo-lhes o caráter intersetorial quais sejam: alimentação, habitação, educação, meio ambiente, saneamento básico, trabalho, renda, transporte, lazer, cultura, justiça, assistência social, esporte, segurança e outros.

Destacamos, ainda, de acordo com a definição de propostas da 7ª Conferência de Saúde de Porto Alegre (2015), que a proposta mais votada se refere à saúde mental, evidenciando a relevância da temática para o conjunto dos participantes:

Ampliar, fortalecer e implementar a Rede de Atenção Psicossocial: CAPSi, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, oficina de trabalho e renda, serviço residencial

terapêutico, leitos de saúde mental em hospitais gerais, ambulatorios em saúde mental, consultórios na rua, unidades de acolhimento e equipe de redução de danos na abordagem de rua dia e noite, de acordo com o dimensionamento populacional e indicadores de saúde do território e portarias vigentes.

A elaboração desse documento, que é síntese dos processos e diálogos da RAPS neste município, possibilitou a identificação e reafirmação de algumas diretrizes prioritárias que devem orientar a PAS e PMS.

Atenção Psicossocial à Criança e Adolescentes

1. Ampliação e Qualificação da RAPS infância/adolescência

Considera-se estratégica e prioritária a atenção à criança e ao adolescente, de modo que a ampliação da rede de CAPSi deverá ocorrer a partir da abertura de no mínimo um CAPSi por Região Distrital, habilitado a atender transtornos mentais e transtornos provocados por uso problemático de álcool e outras drogas, com portas abertas, atenção à crise e com estratégias de redução de danos, conforme parâmetros ministeriais. Está previsto como prioritário um CAPSi III nas Coordenadorias Leste e um na Coordenadoria Sul.

Marcos legais

- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.
- Convenção sobre os Direitos da Criança – Adotada na Assembleia Geral das Nações Unidas em 20/11/1989, ratificada pelo Brasil em 26/1/1990.
- Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 - Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.
- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.
- Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.
- Portaria GM/MS nº 1.130, de 5 de agosto de 2015- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Atenção Psicossocial às pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas

2. Implantação de Unidade de Acolhimento

Dando seguimento ao cumprimento das pactuações nacionais e as demandas identificadas na cidade, visando a qualificação do componente residencial de caráter transitório na RAPS, indica-se a necessidade de implantação de Unidades de Acolhimento, nas modalidades Adulto (07) e Infanto-juvenil (02), de acordo com o que preconiza a Portaria 121, de 25 de janeiro de 2012.

Marco legal:

- Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011
- Portaria 121, de 25 de janeiro de 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial.
- Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010 – Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências (revogado pelo Decreto 10.473/2020).
- Portaria nº 1.190, 4 de junho de 2009 – Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas.

3. Fortalecimento da Redução de Danos como diretriz de cuidado

Reafirma-se que a Redução de Danos é a principal diretriz de cuidado para atenção a pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas, devendo ter sequência todas as estratégias político/administrativas para a contratação de redutores de danos. Além disso, entende-se que a redução de danos deve orientar a execução de processos de trabalho, ações técnico-assistenciais e projetos no conjunto da RAPS.

Marcos legais:

- Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.
- Lei 11.343/06 – Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.
- Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas
- Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.
- Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.

Atenção Psicossocial às pessoas e populações em condição de vulnerabilidade

4. Equidade

A equidade é um dos princípios doutrinários do SUS e, como tal, é imprescindível para a RAS. O nível de sofrimento psíquico e a presença de riscos devem ser balizadores constantes da equidade. Diante do cenário de racismo, violência urbana e programática, preconceito, estigma e iniquidade em saúde, que são determinantes para produção de sofrimento psíquico e transtornos mentais, entende-se que a política de atenção psicossocial deve ser orientada a garantir, através de suas ações, a equidade

direcionada a populações específicas e vulneráveis. Devendo considerar principalmente a ampliação e garantia de acesso com qualidade ao cuidado com as populações negra, indígena, quilombolas, ciganos, em situação de rua, idosos e LGBTQIA+.

Considera-se necessária a ampliação do atendimento em ambulatório Trans, com equipe de suporte em saúde mental, para priorizar e ampliar a equidade de acesso no atendimento às necessidades de adolescentes e adultos, bem como incentivar a articulação e o apoio aos serviços da RAPS para o acolhimento das pessoas com sofrimento e/ou transtorno mental decorrentes das violências vivenciadas pela população LGBTQIA+. O acesso e cuidado equânime e continuado de pessoas trans, travestis e não-binárias deve ser garantido nos serviços componentes da RAPS, assegurando o direito ao uso do nome social.

5. Atenção à pessoa em situação de rua

Devem ser assegurados os direitos das pessoas em situação de rua e de seus bens em qualquer medida de remoção, bem como a necessidade de articulação com as equipes componentes da RAPS em seu território, sustentando o cuidado longitudinal previsto pelos princípios do SUS. Deve-se garantir que os CAPS sejam referência e funcionem de portas abertas para o atendimento de pessoas em situação de rua, articulando o cuidado com os demais setores envolvidos, tais como Ação Rua e Consultório na Rua, dentre outros envolvidos.

Marcos legais:

- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.
- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 – Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências; **Cap II Dos Princípios e Diretrizes.**
- Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.
- 11ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- 12.ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 – Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

- Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009 - Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.
- Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002 - Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.
- [Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009](#) - Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências.
- Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011 - Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT).
- Políticas de promoção da equidade em saúde / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- IV Conferência Municipal de Saúde Mental de Porto Alegre, 31 de Março a 02 de Abril de 2022.

Atenção Psicossocial na Atenção Primária em Saúde

6. Atenção Psicossocial na Atenção Primária em Saúde

O cuidado psicossocial na atenção primária vem evidenciando estratégias de promoção e de prevenção de modo crescente. Torna-se importante fortalecer estas ações bem como ampliar a compreensão sobre as interfaces do cuidado em saúde mental nos dispositivos já existentes. Destaca-se a relevância do modelo de saúde da família, a atenção domiciliar e ações ampliadas de fortalecimento de vínculo familiar e comunitário. A gestão do cuidado nesse componente pode garantir a prevenção, o diagnóstico inicial, a atenção a situações de crise e o monitoramento de agravos e eventos de grande prevalência no cenário epidemiológico, tais como a depressão, violências auto provocadas, o uso abusivo de álcool e outras drogas, o autismo e transtornos ocasionados pelo trabalho.

O apoio matricial às unidades de atenção primária tem papel central na qualificação desse componente, com impacto importante na oferta de atenção psicossocial no território. Buscando fortalecer e qualificar o processo de trabalho da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde - SUS no âmbito municipal, foi instituído o Programa Estadual de Incentivos para Atenção Primária à Saúde - PIAPS (Decreto nº 56.061, de 29 de agosto de 2021). O PIAPS repassa seu recurso financeiro entre cinco (5) componentes, sendo um deles o componente de incentivo para equipes da Atenção Primária à Saúde (Portaria SES nº 635/2021). A Portaria SES nº 635/2021, estabelece que o pagamento destinado à ESF e à EAP será vinculado ao atingimento dos indicadores de desempenho, tendo como o indicador 3, “Percentual de equipes da Atenção Primária à Saúde (INE) que realizaram pelo menos 4

(quatro) atendimentos em grupo relativos ao tema da saúde mental”, sendo este também um dos objetivos do apoio matricial.

O fortalecimento e investimento da Atenção Básica também deve ocorrer através do trabalho dos agentes comunitários de saúde e incluindo na agenda programática da APS as pessoas com transtornos mentais, de modo a garantir a continuidade do cuidado quando ocorrer a alta do serviço especializado.

Marcos legais:

- Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.
- Decreto 56.061, de 29 de agosto de 2021. Institui Programa Estadual de Incentivos para Atenção Primária à Saúde - PIAPS para qualificação da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde - SUS no Estado do Rio Grande do Sul.
- Portaria SES nº 635, de 1º de setembro de 2021. Define os critérios de habilitação e a forma de distribuição do recurso financeiro do Programa Estadual de Incentivos para a Atenção Primária à Saúde (PIAPS), instituído pelo o Decreto Estadual nº 56.061 , 29 de agosto de 2021. PROA 21/2000-0093086-2
- Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 - Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

7. Centro de Convivência e Cultura

Dentro da organização da RAPS estão previstos como pontos de atenção os Centros de Convivência e Cultura (CCC). Contudo, até o momento, não há financiamento federal e nem estadual para sua efetivação nos municípios. Propõem-se que os CCC possam se constituir a partir da articulação intersetorial considerando espaços já existentes no território (centros comunitários governamentais ou não governamentais, associações, entre outros), compartilhando profissionais através de projetos integrados.

Marcos legais:

- Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.
- Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.

Territorialização da Atenção Estratégica

8. Ampliação e Qualificação da RAPS para atenção ao adulto com transtorno mental

Faz-se necessária a instalação de CAPS III destinados a atenção às pessoas com transtornos mentais, com portas abertas e atenção à crise. A ampliação de leitos em hospital geral também deve ser foco de investimento.

Marcos legais:

- Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011
- Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 – Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
- Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 - Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria;
- Portaria nº 148, de 31 de janeiro 2012 - Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.

9. CAPS Porta Aberta

Conforme as diretrizes ministeriais, todos os CAPS do município deverão funcionar com as *portas abertas*, na lógica do acolhimento, configurando-se de fato o caráter estratégico e substitutivo atribuído aos CAPS. De acordo com o Decreto Nº 7.508/2011, os Serviços Especiais de Acesso Aberto configuram-se para pessoas que, em razão de agravo, necessitam de atendimento especializado, garantindo o acolhimento, o atendimento continuado e a atenção à crise (Portaria 3.088/2011). O Manual de Estrutura Física dos CAPS, publicado em 2013 pelo Ministério da Saúde, destaca que os CAPS “são serviços de saúde de caráter aberto e comunitário (...) de livre acesso”. Cabe salientar que os CAPS AD da cidade já ofertam acolhimento 100% portas abertas e, para aqueles que ainda não trabalham nesta lógica, o processo de mudança deverá ocorrer de modo gradual e começar pelos CAPS que atendem exclusivamente seus territórios.

Marco Legal:

- Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.
- Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.
- Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.

10. **Atenção à Crise/Reordenamento dos PESM**

Conforme Portaria 3088/2011, a atenção à urgência e emergência em saúde mental deve ser realizada na rede de atenção às urgências (UPAS, emergências hospitalares, pronto-socorro) e nos CAPS. Desse modo, é estratégica a reorientação do cuidado em atenção à crise, urgência e emergência em saúde mental em toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município, direcionando-o para os componentes indicados, em substituição ao Plantões de Saúde Mental (PESM), alinhado à ampliação da rede de CAPS III.

A atenção às situações de crise que demandem transporte dos usuários para serviços da RAPS, deve ter garantido o acesso aos serviços e a integralidade da oferta de cuidados, através da implementação de fluxos para o atendimento pré-hospitalar (SAMU). A implementação de equipes especializadas (psicólogos e/ou psiquiatras) para regulação no SAMU é uma ação que visa efetivar os fluxos adequados no atendimento e transporte em saúde mental.

Marcos legais:

Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.

Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.

Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2012. Institui os CAPS segundo tipos e de acordo com modalidades de atenção.

11. **Direito à Moradia Assistida**

A discussão do direito à moradia deverá ser incluída na pauta da SMS, articulada com outras secretarias de governo, implicadas na política de habitação e garantia de direitos. É fundamental propor a ampliação da rede de Residenciais Terapêuticos, devido à alta demanda de situações que chegam aos serviços da Saúde e Assistência Social, bem como de outros dispositivos de moradia temporária, previstas pelo ordenamento da RAPS, como as Unidades de Acolhimento (UAs). A criação de uma Equipe Desinsti se torna necessária para o processo de apoio à moradia e no atendimento domiciliar, assim como no monitoramento dos usuários que necessitam de apoio à inserção social, tanto os egressos de hospitais psiquiátricos, instituto forense e que vivenciam situação de rua.

Marcos legais:

- Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.
- Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000 – Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos.
- Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003 – Institui o Programa de Volta para Casa e o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.
- Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011 - Altera a Portaria nº 106 de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).
- Portaria nº 857, de 22 de agosto de 2012 – Habilita tabela de incentivos e procedimentos dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs)
- Portaria nº 251, de 31 de janeiro de 2002 – Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define a estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e institui o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/ Psiquiatria)
- Portaria nº 2644, de 28 de outubro de 2009 – Estabelece nova classificação dos hospitais psiquiátricos de acordo com o porte e reajusta incrementos.

Reabilitação Psicossocial e Reinserção Social

12. Reabilitação Psicossocial

A reabilitação Psicossocial deve ser transversal em todos os componentes da Rede de Saúde de Porto Alegre, com diversos enfoques e abordagens em relação aos direitos básicos de moradia, trabalho, lazer, cultura e educação, entre outros. Apontam-se como oferta de cuidado estratégico as oficinas terapêuticas na APS, como dispositivo de ampliação do escopo das ações de atenção psicossocial com enfoque comunitário e territorial, com o intuito de inclusão, valorização dos saberes locais e articulação com outros espaços existentes na comunidade, na perspectiva intersetorial e de redes de apoio ampliadas. É importante a previsão orçamentária para realização das mesmas, com possibilidade de contratação de oficinheiros e insumos necessários para sua manutenção.

A ampliação de estratégias de reabilitação psicossocial para todos os territórios dos Distritos de Saúde deve incluir a implementação de oficinas de geração de renda e incubação de cooperativas sociais, sustentadas nos princípios da Economia Solidária e das diretrizes da Atenção Psicossocial. Da mesma forma, se faz necessária a implementação de CAPSi III, CAPS III, Residenciais Terapêuticos, Unidades de Acolhimento, Centros de Convivência, atendimento de Acompanhantes Terapêuticos, que associados às oficinas terapêuticas oferecem à população formas de promoção e prevenção à saúde.

Marcos legais:

- Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.
- Portaria nº 132, de 26 de janeiro de 2012 – Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente -
- Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Decreto nº 8.163, de 20 de dezembro de 2013 – Institui o Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e Cooperativismo Social – Pronacoop Social.

Gestão Colegiada

13. Grupo Condutor da RAPS

Retomar o Grupo Condutor da RAPS que tem como competência analisar, deliberar, assessorar a política de atenção psicossocial, sobre financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde, através do monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial/RAPS, no âmbito do município. Deverá ser formado por representantes da Política de Atenção Psicossocial, dos FRAPS Distritais, da Diretoria de Atenção Primária à Saúde (DAPS), da Direção de Atenção Hospitalar e Urgências (DAHU), da Coordenação da Urgência e Emergência (CMU), da Diretoria de Vigilância Sanitária (DVS), do Conselho Municipal de Saúde (CMS). O grupo deve reunir-se mensalmente e ser coordenado pelo representante da Política de Atenção Psicossocial. A composição e atribuições do Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção Psicossocial serão regidas de acordo com as portarias vigentes em nível nacional, estadual e municipal.

Marcos legais:

- Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.

14. Fortalecimento dos FRAPS Distritais

Os Fóruns da Rede de Atenção Psicossocial (FRAPS) devem estar constituídos em todas as Coordenadorias de Saúde (CS), em caráter consultivo e deliberativo. Deve ser formalizado, através de documento específico, a proposta de organização, composição e funcionamento dos Fórum RAPS em todas as regiões distritais que compõem as CS, com a representação de trabalhadores dos serviços da RAPS do território, representantes do gestor do território, da coordenação de atenção à saúde mental da SMS, representação de usuários via Conselho Distrital e/ou Conselhos Locais dos

componentes da RAPS no território, rede intersetorial e instituições de ensino do Distrito Docente Assistencial.

Marcos legais:

- Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.
- Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.

15. Monitoramento em Saúde Mental

A partir das Equipes de Monitoramento nas Coordenadorias de Saúde, orienta-se a organização de um eixo de saúde mental, tendo como núcleo de discussão permanente o monitoramento das ações de atenção psicossocial no território. Um representante do grupo deve compor os FRAPS distritais numa relação de compartilhamento e corresponsabilidade na proposição de ações. Deverá realizar, ainda, ações de articulação com a vigilância sanitária e a produção de indicadores de saúde no território.

Marcos legais:

- Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.
- Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.
- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

16. Regulação do acesso

A regulação do acesso às primeiras consultas em serviços de saúde mental através do sistema GERCON, prioriza o agendamento mais rápido de casos mais graves e torna possível o monitoramento das filas de espera. No entanto, considera-se que a regulação destes casos poderia ser realizada através dos próprios serviços de saúde mental, se estes funcionassem de portas abertas. Sendo assim, à medida que forem sendo implantados os CAPS previstos e a rede de atenção psicossocial for ampliada e reestruturada, será possível o funcionamento dos serviços com portas abertas, observado as orientações da Matriz de Agravos x nível de atenção. A referida Matriz de Agravos passou a ser utilizada a partir de 2019, com a implantação do

GERCON em saúde mental, e deve ser revisada sempre que a rede identificar a necessidade.

A revisão da Matriz de Agravos em Saúde Mental deve ocorrer através de um Grupo de Trabalho composto por trabalhadores da RAPS, pela área Técnica em Saúde Mental da SMS e pela equipe de regulação. A Matriz deve atender aos agravos específicos de cada faixa etária, devendo contemplar: infância, adolescência e adultos.

17. Educação Permanente em Saúde

Deverão ser priorizadas ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) a partir das demandas identificadas pelos FRAPS Distritais, Equipes de Monitoramento nas Coordenadorias de Saúde, bem como da Política, buscando apoio das Instituições Formadoras, em consonância com os distritos docentes assistenciais, trabalhadores e usuários da rede municipal, de modo a valorizar os saberes e práticas locais.

Marcos legais:

- Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.
- Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.
- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Referências

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Último acesso: fev/22.

BRASIL. **Decreto nº 7.073, de 23 de dezembro de 2009**. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm Último acesso: fev/22.

BRASIL. **Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010**. Institui o plano integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências (revogado pelo Decreto nº10.473/2020). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm Último acesso: fev/22.

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

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm Último acesso: fev/22.

BRASIL. **Decreto nº 8.163, de 20 de dezembro de 2013.** Institui o Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e Cooperativismo Social - PRONACOOOP SOCIAL, e dá outras providências. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d8163.htm Último acesso: fev/22.

BRASIL. **Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990.** Promulga a Convenção sobre os direitos da criança. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d99710.htm Último acesso: fev/22.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm Último acesso: fev/22.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Último acesso: fev/22.

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

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm Último acesso: fev/22.

BRASIL. **Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003.** Institui o Programa de Volta para Casa e o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.708.htm Último acesso: fev/22.

BRASIL. **Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006.** Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm Último acesso: fev/22.

BRASIL. **Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002.** Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_254_2002.pdf Último acesso: fev/22.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.** 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf Último acesso: fev/22.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 37, de 18 de janeiro de 2021.** Redefine registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-37-de-18-de-janeiro-de-2021-299987615> Último acesso: fev/22.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000.** Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/4437.html> Último acesso: fev/22.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012.** Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html Último acesso: fev/22.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 132, de 26 de janeiro de 2012.** Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0132_26_01_2012.html Último acesso: fev/22.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012.** Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html Último acesso: fev/22.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 224, de 29 de janeiro de 1992.** Regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde. Diário Oficial da União.

Brasília: Poder Executivo, 1992. Disponível em:
https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_224.pdf Último acesso:
fev/22.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 251, de 31 de janeiro de 2002.** Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define a estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e institui o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/ Psiquiatria). Disponível em:
<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/8973.html> Último acesso: fev/22.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.** Estabelece as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD E CAPS i. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html Último acesso: fev/22.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 857, de 22 de agosto de 2012.** Habilita à tabela de incentivos e procedimentos dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs). Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0857_22_08_2012.html Último acesso: fev/22.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009.** Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html Último acesso: fev/22.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015.** Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html Último acesso: fev/22.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.191, de 4 de junho de 2009.** Concede reajuste nos valores dos procedimentos para o tratamento da dependência de álcool e outras drogas nos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (SHRad). Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1191_04_06_2009.html Último acesso: fev/22.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007.** Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html Último acesso: fev/22.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html Último acesso: fev/22.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.644, de 28 de outubro de 2009.** Estabelece novo reagrupamento de classes para os hospitais psiquiátricos, reajusta os respectivos incrementos e cria incentivo para internação de curta duração nos hospitais psiquiátricos e dá outras providências. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/5971.html> Último acesso: fev/22.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html Último acesso: fev/22.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html Último acesso: fev/22.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011.** Altera a Portaria nº 106 de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html Último acesso: fev/22.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017.** Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html Último acesso: fev/22.

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

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf Último acesso: fev/22.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/ Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> Último acesso: fev/22.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados – 12**, Ano 10, nº 12, outubro de 2015. Brasília, 2015. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 48p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude_mental_dados_v8.pdf Último acesso: fev/22.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Políticas de promoção da equidade em saúde** / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 14p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_proccao_equidade_saude.pdf Último acesso: fev/22.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: uma política para o SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 36 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf Último acesso: fev/22.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf Último acesso: fev/22.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 7, 2015, Porto Alegre. **Saúde pública para cuidar bem das pessoas**: direito do povo brasileiro. Relatório final das propostas mais votadas. Disponível em: http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/conferenciasaude/usu_doc/relatorio_final_-_votacao.pdf Último acesso: fev/22.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11, 2000, Brasília. **O Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS:** acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: Relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/11_cns.pdf Último acesso: fev/22.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 12, 2003, Brasília. Relatório final/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Conferência Sergio Arouca.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_12.pdf Último acesso: fev/22

DIAS, M. T. G. Reminiscências sobre a participação na gestão de saúde mental em Porto Alegre. In: LEITE, Loiva dos Santos; SCARPARO, Helena; DIAS, Míriam T. G.; SANTOS, Sara Jane Escouto (Orgs.) **Saúde Mental ConVida: Registros da Trajetória da Saúde Mental na Cidade de Porto Alegre.** 1. ed. Porto Alegre: SMS, 2013.

FERREIRA, C. V. P. et al. GerAção POA Oficina Saúde e Trabalho: Gerando Ação em Porto Alegre. In: LEITE, Loiva dos Santos; SCARPARO, Helena; DIAS, Míriam T. G.; SANTOS, Sara Jane Escouto (Orgs.) **Saúde Mental ConVida: Registros da Trajetória da Saúde Mental na Cidade de Porto Alegre.** 1. ed. Porto Alegre: SMS, 2013.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados.** Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rs/porto-alegre.html> Último acesso: fev/22.

LIMA, A. P. **Práticas entre Saúde Mental e Atenção Básica:** coletivos como dispositivo de resistência na intercessão Apoio/Formação. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva, UFRGS, 2016.

MICHELINI, C. et al. Serviço Residencial Terapêutico Pensão Nova Vida: novas tecnologias de atenção em saúde mental – novos horizontes e mais inclusão social. In: LEITE, Loiva dos Santos; SCARPARO, Helena; DIAS, Míriam T. G.; SANTOS, Sara Jane Escouto (Orgs.) **Saúde Mental ConVida: Registros da Trajetória da Saúde Mental na Cidade de Porto Alegre.** 1. ed. Porto Alegre: SMS, 2013.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **Declaração de Caracas,** 1990. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf Último acesso: fev/22.

PASCHE, D.F., PASSOS, E. (2010) Inclusão como método de apoio para a produção de mudanças na saúde – aposta da política de Humanização da Saúde. **Revista do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde - Saúde em Debate.** Rio de Janeiro. V. 34, n. 86, pp. 423-432, jul./set. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/revpsico/v12n1/a07.pdf> Último acesso: fev/22.

VASCONCELOS, E. M. Desafios políticos no campo da saúde mental na atual conjuntura: uma contribuição ao debate da IV Conferência Nacional. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.) **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. São Paulo: Hucitec, 2010, p. 17-73.

WENCESLAU, L. D. e ORTEGA, F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. 2015, v. 19, n. 55, pp. 1121-1132. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2015.v19n55/1121-1132/#ModalArticles> Último acesso: fev/22.