

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO – UFOP
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS – ICSA**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: UMA REFLEXÃO SOBRE
O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL EM UM CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIL - CAPSi**

Camilla Mol Santos Costa

MARIANA 2017

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO – UFOP
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS – ICSA**

TREBALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: UMA REFLEXÃO SOBRE O
TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL EM UM CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIL - CAPSi**

Camilla Mol Santos Costa

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito parcial para
obtenção do título de Bacharel em
Serviço Social pela Universidade Federal
de Ouro Preto.

Orientadora: Virgínia Alves Carrara

MARIANA 2017

C837s Costa, Camilla Mol Santos.
Serviço Social e Saúde Mental [manuscrito]: Uma Reflexão sobre o trabalho do Assistente Social em um Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil CAPSi / Camilla Mol Santos Costa. - 2017.

52f.:

Orientadora: Profª. MScª. Virgínia Alves Carrara.

Monografia (Graduação). Universidade Federal de Ouro Preto. Instituto de Ciências Sociais Aplicadas. Departamento de Ciências Sociais, Jornalismo e Serviço Social.

1. Serviço Social - Adolescentes - Teses. 2. Saúde Mental - Adolescentes - Teses. 3. Crianças - Serviço social Teses. 4. Criança - Saúde mental - Teses. 5. Assistência a menores. I. Carrara, Virgínia Alves. II. Universidade Federal de Ouro Preto. III. Título.

"SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: UMA REFLEXÃO SOBRE O TRABALHO
DO ASSISTENTE SOCIAL EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
INFANTO-JUVENIL - CAPSI"

Camilla Mol Santos Costa

ORIENTADOR(A): Virginia Alves Carrara

Trabalho de Conclusão de Curso submetida ao curso de Serviço Social da Universidade
Federal de Ouro Preto – UFOP, como parte dos requisitos necessários à obtenção do
título de bacharel em Serviço Social.

Aprovado em: 05/09/2017

Kim Luovatein

(Membro da banca)

Estela Salda da Cunha

(Membro da banca)

Virginia Alves Carrara

(Professor orientador)

Dedico esse trabalho a todos os portadores de transtorno mental e a todos os profissionais, familiares e pessoas que lutam por melhores condições de vida a esses indivíduos, que ainda hoje sofrem com o estigma social. De forma especial, é dedicado aos assistentes sociais empenhados no trabalho junto aos mesmos e que lutam pelo resgate de sua cidadania e dignidade, trabalhando para sua reinserção na sociedade e também à equipe do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil- CAPSi Crescer, que contribuiu com o meu processo de formação e conhecimento durante meu período de estágio.

*“Mais importante do que interpretar o mundo, é contribuir
para transformá-lo.”*

Karl Marx

RESUMO

Este trabalho intitulado " Serviço Social e Saúde Mental- uma reflexão sobre o trabalho do Assistente Social em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil - CAPSi", buscou fazer uma reflexão do exercício profissional desenvolvido pelo Assistente Social no Centro de Atenção Psicossocial- CAPSi. Bem como, entender como se configura a sua prática profissional cotidianamente e as demandas impostas aos profissionais nessas instituições. Com efeito, este estudo baseia-se em uma pesquisa bibliográfica de diversos autores que trabalham com o tema escolhido, através de observação por meio do estágio realizado em um CAPSi e entrevistas realizadas com Assistentes Sociais em diferentes instituições CAPSi da região.

ABSTRACT

This work entitled " Social Service and Metal Health - a reflection on the work of the Social Worker in a Child and Youth Psychosocial Care Center - CAPSi ", sought to reflect on the professional practice developed by the Social Worker at the Center for Psychosocial Care- CAPSi. As well, to understand how their professional practice is configured daily and the demands placed on professionals in these institutions. In fact, this study is based on a bibliographical research of several authors that work with the chosen theme, through observation through the stage realized in a CAPSi and interviews realized with Social Assistants in different institutions CAPSi of the region.

SUMÁRIO

1 Sumário

2	INTRODUÇÃO	10
3	O SERVIÇO SOCIAL NA CONTEMPORANEIDADE: PRÁTICA COMO TRABALHO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL.....	12
4	REFORMA PSIQUIÁTRICA, CAPSi E O PÚBLICO INFANTO-JUVENIL	17
4.1	A Reforma Psiquiátrica no Brasil	17
4.2	Caracterização da instituição CAPS	22
4.3	CAPSi.....	26
4.4	O público Infanto- Juvenil na Saúde Mental	28
4.5	Prevalência de transtornos mentais na infância e adolescência e instituições credenciadas no Brasil	33
5	REFLEXÃO ACERCA DO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL EM UM CAMPO DE SAÚDE MENTAL.....	34
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
	REFERÊNCIAS	46
	ANEXOS.....	46

2 INTRODUÇÃO

O presente trabalho busca apresentar uma reflexão acerca do trabalho do Assistente Social em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil - CAPSi. A temática desse trabalho surgiu a partir do interesse pessoal, após iniciar o estágio supervisionado obrigatório do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Ouro Preto, no CAPSi Crescer, em Mariana- MG.

Algumas inquietações foram despertadas no momento da inserção no campo de estágio, que motivou e aguçou o interesse para o estudo: o entendimento de como se configura o trabalho do Assistente Social em um campo de Saúde Mental, mais especificamente em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil-CAPSi.

Para este estudo foi realizada uma pesquisa bibliográfica, utilizando diversos autores, dentre eles: Iamamoto (2008), Netto (2001/1999), Guerra (2007), Yasbeck (2004), Vasconcelos (2000). Além da pesquisa bibliográfica, o estudo baseia-se na observação do trabalho da Assistente Social em um CAPSi feita no período de estágio supervisionado obrigatório do Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Ouro Preto e de uma entrevista feita com Assistentes Sociais em diferentes instituições CAPSi da região.

O primeiro capítulo abordará o Serviço Social na contemporaneidade, entendendo a essência da profissão, que está inserida na divisão social e técnica do trabalho, que é a atividade central na constituição do ser social. Pensar o Serviço Social enquanto trabalho, é o primeiro passo para a análise da prática profissional. O Serviço Social é a profissão que atua diretamente nas diversas refrações da questão social, que é o conjunto de expressões que definem as desigualdades da sociedade.

O segundo capítulo aborda a trajetória da Saúde Mental no Brasil, com uma breve discussão do que foi a Reforma Psiquiátrica no Brasil, seus desdobramentos e conquistas obtidas. Será apresentado também todo o funcionamento de uma instituição CAPS, modelo substitutivo aos hospitais psiquiátricos após a Reforma Psiquiátrica no Brasil, que são responsáveis pelo atendimento do indivíduo com

transtorno mental. Assim como abordaremos sobre o público infanto-juvenil nesse cenário, sua invisibilidade para a Saúde Mental e que durante décadas permaneceu sem assistências devidas.

Já o terceiro capítulo vamos refletir sobre o trabalho do Assistente Social na instituição CAPSi, suas demandas e atividades. Bem como, seu trabalho em uma equipe interdisciplinar, a dinâmica de atuação e competências profissionais. Apresentaremos ao final, uma entrevista elaborada a partir de um roteiro semi-estruturado, realizada com duas Assistentes Sociais em diferentes instituições CAPSi da região ao qual foram apresentadas ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

3 O SERVIÇO SOCIAL NA CONTEMPORANEIDADE: PRÁTICA COMO TRABALHO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Segundo Iamamoto (2008), o marco da redefinição do projeto profissional nos anos de 1980, foi o tratamento dispensado ao significado social da profissão, enquanto especialização do trabalho, inserido na divisão social e técnica do trabalho. Esta perspectiva destaca a historicidade do Serviço Social, entendido no quadro das relações sociais entre as classes sociais e das mesmas com o Estado, implicando assim em compreender a profissão como um processo, vale dizer, ela se transforma ao transformarem-se as relações sociais nas quais ela se inscreve.

A proposta parte da reafirmação do trabalho como atividade central na constituição do ser social. As mudanças verificadas nos padrões de acumulação e regulação social exigem um redimensionamento das formas de pensar/agir dos profissionais diante das novas demandas, possibilidades e das respostas dadas. Esta concepção propõe que o processo de trabalho do assistente social deve ser apreendido a partir de um debate teórico-metodológico que permita o repensar crítico e, conseqüentemente, da inserção dos profissionais, recuperando o sujeito que trabalha enquanto indivíduo social.

O serviço social é uma profissão que atua nas refrações da questão social, através da intervenção do Estado via políticas públicas. Questão Social é o conjunto das expressões que definem as desigualdades da sociedade. Entendemos as desigualdades sociais, não como desigualdade entre “pobres e ricos”, mas como desigualdade em sua gênese, em um contexto em que acumulação de capital não rima com equidade; desigualdades indissociáveis da concentração de renda, de propriedade e poder, que são o verso da violência, da pauperização e das formas de discriminação e exclusão social (IAMAMOTO, 2008). O assistente social tem o papel de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e as efetivar, a partir de demandas emergentes no cotidiano, através da intervenção do Estado, via políticas sociais.

Netto (2001) reafirma esse posicionamento, alegando que a questão social está profundamente relacionada com a consolidação do modo de produção

capitalista, que tem como essência a acumulação de capital oriunda da exploração da mão-de-obra do trabalhador, desprovido dos meios de produção, gerando o conflito entre explorados e exploradores. A pressão dos trabalhadores faz o contraponto – as resistências. A classe trabalhadora organizada, pressionando, obriga o Estado a assumir as demandas dessa classe como questão social. Desse modo, são as demandas impostas pela questão social que, em suas diversas expressões, dão legitimidade para a atuação do assistente social diante da realidade.

Ainda segundo IAMAMOTO (2008) “A insistência na questão social está em que ela conforma a matéria-prima do trabalho profissional, sendo a prática profissional compreendida como uma especialização do trabalho, partícipe de um processo de trabalho.” O trabalho como elemento fundante do ser social, é a atividade fundamental do homem, enquanto indivíduo pensante. Pensar o Serviço Social como trabalho, é o primeiro passo para a análise da prática profissional.

Pensando nos instrumentos de trabalho do assistente social deve-se distinguir claramente instrumentos de instrumentalidade. Esta “[...] no exercício profissional refere-se, não ao conjunto de instrumentos e técnicas (neste caso, a instrumentação técnica), mas a uma determinada capacidade ou propriedade constitutiva da profissão, construído e reconstruído no processo sócio histórico” (GUERRA, 2007, p.1).

A instrumentalidade na perspectiva ainda de GUERRA (2007, p.2) é compreendida como o modo de ser que caracteriza o fazer profissional que é moldado a partir das relações sociais que são estabelecidas no bojo das condições objetivas e subjetivas em que se desenvolve o exercício profissional. E, na medida em que, possibilita o alcance dos objetivos a que se propõe a profissão constitui-se como “[...] condição concreta de reconhecimento social da profissão” (GUERRA, 2007, p.2).

Quando se compreende que a instrumentalidade diz respeito a uma capacidade que se constitui a partir do exercício profissional, é possível perceber que é essa capacidade que possibilita que o profissional transforme as condições objetivas de trabalho que lhe são postas em instrumentos e meios que lhe possibilitem o alcance dos objetivos do seu trabalho.

O Serviço Social, assim como qualquer profissão, surge a partir das necessidades sociais para as quais seu conhecimento possa dar resolutividade. Seu exercício profissional é mediatizado por diferentes interesses em relação às classes antagônicas existentes na sociedade do capital e nas formas como o Estado nas diferentes conjunturas sócio históricas, responde as expressões da questão social produzidas e reproduzidas no processo de acumulação no capital, notadamente através das políticas sociais.

Os profissionais de Serviço Social atuam na formulação, planejamento e exercício de políticas públicas nas áreas de assistência social, saúde, previdência, educação, habitação, meio ambiente, entre outras, no sentido de defender a qualidade dos serviços sociais e pela ampliação do acesso aos direitos da população.

As bases teórico-metodológicas do serviço social podem ser explicadas, a partir do olhar dos métodos, técnicas e instrumentos utilizados pelo profissional no exercício diário de sua função, no qual, com um posicionamento direcionado ao projeto ético-político e diante das múltiplas expressões da questão social, o profissional deve decidir qual a melhor forma de aplicá-lo. Assim, podemos afirmar que todo o conhecimento e habilidades adquiridos pelo assistente social ao longo de sua formação, fazem parte do seu meio de trabalho.

Segundo Iamamoto (2008), mesmo que o Serviço Social tenha sido regulamentado como uma profissão liberal, o assistente social não detém de todos os meios necessários para o seu exercício profissional, sendo tensionado pela relação de compra e venda da sua força de trabalho especializada. A condição de trabalhador assalariado - seja nas instituições públicas ou nos espaços empresariais e privados "sem fins lucrativos" -, faz com que a atuação do profissional fique restrita ao que lhe é imposto no espaço institucional em que está inserido. O assistente social quando inserido no campo de trabalho, faz parte de uma grande equipe de especialidades que é acionada em conjunto, para a realização dos fins das instituições empregadoras sejam elas privadas ou governamentais.

Assim,

“ a instituição não é um condicionante externo e muito menos um obstáculo para o exercício profissional. Dada a condição de “ trabalhador livre”, o assistente social detém a sua força de trabalho especializada, força essa que é mera capacidade. Ela só se transforma em trabalho quando consumida ou acionada, quando aliada às condições necessárias para que

o trabalho se efetive, aos meios e objetos de trabalho. Em outros termos, o trabalho é a força de trabalho em ação e quando não se dispõe dos meios para realizá-lo, aquela força ou capacidade não se transforma em atividade, em trabalho.” (IAMAMOTO, 2008)

Sendo então o trabalho do assistente social circunscrito pela dinâmica das relações sociais e que trabalha em prol dos interesses sociais no sentido de dar respostas às necessidades dos trabalhadores e, ao mesmo tempo, participa dos mecanismos de dominação e exploração.

Para uma profissão que tem nas expressões da questão social o seu próprio campo de ação, são muitas as exigências que cotidianamente se colocam para os profissionais, tanto na sua área específica de trabalho quanto no contexto social mais amplo. Cada profissional deve ser um atento leitor do cotidiano, deve ter um olhar nítido e crítico para poder desvendar a realidade.

O serviço social tem um projeto profissional ético- político que segundo Netto (1999) definimos da seguinte forma:

“Os projetos profissionais [inclusive o projeto ético-político do Serviço Social] apresentam a auto-imagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teórico, práticos, institucionais) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as bases das suas relações com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas (...)” (NETTO, 1999, p 95)

Desde a década de 1970, o Serviço Social brasileiro vem construindo um projeto profissional comprometido com os interesses das classes trabalhadoras. Com o destaque do Movimento de Reconceituação¹ em diversos países, mais o processo de redemocratização da sociedade brasileira, tal projeto passou por uma transição, desencadeando um processo de ruptura com o conservadorismo. Tal processo teve seu marco no III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais -CBAS, em 1979, na cidade de São Paulo, que marcou uma articulação conjunta das entidades de Serviço Social ABESS/CFESS/ENESSO, para ¹repensar sobre questões da profissão e as estratégias para utilizar e qualificar a ética, a crítica, a política e tecnicamente a formação e o exercício profissional. Esse congresso ficou conhecido como o “Congresso da Virada”. Nos anos de 1980, o projeto teve um

¹Movimento de Reconceituação foi uma tentativa de ruptura com o Conservadorismo para um método crítico e investigativo, uma renovação teórico-prático social, com propostas de intervenção e compreensão da realidade social, questionador da ordem dominante.

avanço com a criação de elementos como o Código de Ética de 1986, mas foi nos anos de 1990 que o projeto consolidou-se, onde alcançamos maior maturidade profissional, produção de conhecimentos, intensificou-se a organização política (tocada pelo conjunto CFESS/ CRESS e pela ABEPSS), foram reformulados e atualizados seus estatutos legais (nova Lei de Regulamentação Profissional e novo Código de Ética, ambos de 1993) e maior participação dos assistentes sociais.

Segundo Yasbeck, o processo de construção do projeto ético-político envolve:

(...) um conjunto de componentes que necessita se articular: são valores, saberes, e escolhas teóricas, práticas, ideológicas, políticas, éticas, normatizações acerca de direitos e deveres, recursos políticos organizativos, processos de debate, investigação, interlocução crítica com o movimento da sociedade, da qual a profissão é parte e expressão (2004,p.12)

. Tal projeto apresenta materialidade no conjunto das suas regulamentações, que são: Código de Ética do Assistente Social (1993), que tem como principal objetivo garantir a qualidade dos serviços prestados pelos profissionais de Serviço Social, oferecendo orientações e mecanismos para o controle da atuação profissional, definindo os direitos e deveres dos Assistentes Sociais; a Lei de Regulamentação da Profissão (1993) e as Diretrizes Curriculares que passaram a nortear a formação acadêmica.

4 REFORMA PSIQUIÁTRICA, CAPSi E O PÚBLICO INFANTO-JUVENIL

4.1 A Reforma Psiquiátrica no Brasil

De acordo com Amarante (2010), podemos identificar que, no Brasil, a Reforma Psiquiátrica caracteriza-se como um movimento histórico de caráter político, social e econômico. Com início no final da década de 1970, ganhou forças com questionamentos de médicos e demais profissionais da saúde sobre o tratamento dado aos pacientes dos hospitais psiquiátricos em todo o país. Esse movimento tem como uma das vertentes principais a desinstitucionalização com consequente desconstrução do manicômio e dos paradigmas que o sustentam. Começa a partir daí, a discussão sobre a substituição progressiva dos manicômios por outras práticas terapêuticas e a cidadania do doente mental.

Sendo assim, para entendermos melhor a Reforma psiquiátrica no Brasil, é necessário falar sobre a criação dos hospitais psiquiátricos. A assistência psiquiátrica aos doentes mentais era prestada pelas Santas Casas de Misericórdia de forma emergencial, e muitas vezes sem problematizar a particularidade dos atendimentos. Ou seja, o atendimento visava à contenção do surto, e não problematizava as possíveis causas e tratamentos. A necessidade da criação dos primeiros hospitais psiquiátricos surgiu com o intuito de resolver um problema localizado nessas instituições de assistência. A idéia de se criar um espaço de recolhimento para os loucos que se encontravam nas dependências da Santa Casa de Misericórdia ou nas ruas, fez parte de um ciclo de transferência de responsabilidades que se iniciou com a necessidade de se retirá-los do espaço urbano.

O primeiro hospital psiquiátrico no Brasil, com o nome de “Hospício Dom Pedro II” em homenagem ao então imperador do país foi inaugurado no Rio de Janeiro, em 05 de dezembro de 1852, sendo requisito a necessidade de uma

construção de um local específico, que ficasse afastado do centro urbano da cidade, para abrigar os loucos recolhidos pela Santa Casa, que lá ficavam internados em locais vistos como impróprios e custosos. Em seguida, foram criados outros hospitais psiquiátricos em todo o país, como: Bahia, Rio Grande do Sul, São Paulo, Pernambuco, Pará, dentre outros. Neste período, as pessoas tidas como loucas, eram internadas nesses hospitais psiquiátricos. Contudo, na maioria das vezes, eram internações sem acompanhamento efetivo, que possibilitasse identificar as reais demandas e especificidades de cada paciente. A internação era a principal condição de tratamento e além de permanecerem isolados do meio social, os pacientes eram submetidos a regras extremamente rígidas e condições desumanas. As internações eram feitas sem nenhum critério médico, desencadeando ao final da década de 1950, uma situação precária de superlotação, maus- tratos, deficiência de equipe e outros problemas que identificavam um atendimento precário com uma evidente segregação do “louco”.

Ainda segundo Amarante (2010), logo após, na década de 1970, os primeiros movimentos sociais vão surgindo no Brasil, reivindicando mudanças no atendimento psiquiátrico, se baseando no modelo Basagliano da Reforma Psiquiátrica Democrática Italiana.¹ Surge então o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental- MTSM, que respaldava-se no processo de políticas de assistência psiquiátrica da época. Seu principal objetivo era construir um espaço de luta não institucional, criando uma série de debates para discutir sobre os rumos da saúde mental no Brasil.

“O objetivo do Movimento dos Trabalhadores de Saúde mental era constituir em um espaço de luta não institucional, em um lócus de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classes, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade” (AMARANTE, 2010, P.52).

¹ O Movimento de Psiquiatria Democrática Italiana, por Franco Basaglia, se pautava na luta por implantar serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico convencional. Ele foi o ponto de partida teórico principal da crítica da Saúde mental a reforma Psiquiátrica brasileira.

Ao longo dessa trajetória, foram realizados nas principais regiões do país vários congressos para discutir o rumo da saúde mental no Brasil. Contudo, foi no III Congresso Mineiro de Psiquiatria, em Belo Horizonte, no ano de 1979, que ocorre o grande marco para essas transformações, contando com a presença de grandes nomes como Franco Basaglia, Antônio Slaviche e Robert Castel. Os primeiros debates tiveram como assunto central o levantamento da realidade assistencial e dos planos de reformulação propostos pelo governo e pelo instituto nacional de assistência médica de Previdência Social, sendo propostos trabalhos “ alternativos” na assistência psiquiátrica.

Vale destacar, que neste período, entram em cena, também, outros movimentos que reivindicavam mudanças amplas em vários setores. Um deles era a Reforma Sanitária, que surgiu no processo de luta pela democratização do Estado, da sociedade e das instituições, como objetivo de unificação com descentralização e gestão independente dos serviços de saúde, participação e controle social, proteção à saúde de forma integral em todas as partes. Sendo assim, surgem as primeiras tentativas de mudanças no sistema global de saúde (Plano Prev Saúde), que era a favor de mudanças dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, da defesa da saúde coletiva, da igualdade na oferta dos serviços e do protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologia de cuidado. Nasce então a Reforma Sanitária, que para Sérgio Aruoca (1998), pode ser entendida como:

(...) uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-senas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8º Conferência Nacional de Saúde, e 1986, na qual, pela primeira vez, mais de inço mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado (AURUOCA, 1998 *apud* VASCONCELOS, 2000, p. 23)

Teixeira (2006 *apud* Vasconcelos-2000), vem ilustrar que, para que esse processo se consolidasse, era necessária a criação de um Sistema Único de Saúde

(SUS) como estratégia setorial de um projeto de democratização da sociedade, que proporcionasse uma melhor qualidade de vida e saúde à sociedade. Sendo dever do Estado a regulamentação e o financiamento das ações do SUS, houve o resgate do setor público de saúde, que com a unificação dos institutos previdenciários era o principal responsável pelas medidas de proteção social.

Com o convênio estabelecido entre o Ministério da previdência e Assistência Social e o Ministério da Saúde na década de 80, que se demarca a trajetória específica nas políticas públicas de saúde quando há uma previsão de seu custeio, um planejamento e uma avaliação das unidades hospitalares do Ministério da Saúde. Acontecendo, a presença dos trabalhadores de saúde mental nas instituições públicas. Mesmo antes voltadas só para a Divisão Nacional de Saúde Mental, essa implantação implica em um novo modelo de gerenciamento em hospitais públicos. Evidentemente, vários atores tendências e evoluções se constituíram a partir daí, tendo assim, em 1982-83 no mesmo terreno o lançamento do Conselho Nacional de Segurança Pública- CONASP, que era o modelo sanitário introduzido em todo o país denominado de "Ações Integradas de Saúde".

Segundo Vasconcelos (2000), é em 1982, com a vitória dos governadores de São Paulo e Minas Gerais - Tancredo Neves e Franco Montoro- que se inicia a intervenção crescente nos hospitais psiquiátricos estaduais e privados, aumentando a rede ambulatorial de saúde mental e saúde, graças à entrada do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental nas secretarias estaduais de saúde e implementação do CONASP. O referido autor também destaca 1987-1992 como um período temporário fechado para os interesses populares e para políticas de saúde mental, mas também é considerado de conquistas o período anterior², que tem como marca a construção do SUS.

Então, no ano de 1987, com o Movimento da Luta Antimanicomial, que nasce a Reforma Psiquiátrica no Brasil. Movimento que continuou seus avanços, agregando novos atores, sobretudo familiares e usuários, tornando-se assim, a partir dos anos 1990, um verdadeiro movimento social.

²Constituição de 1988 e 1990 lei Orgânica de Saúde

De acordo com Amarante (2010) a força desse movimento pressionou o Estado Brasileiro para a implementação de políticas públicas de Saúde Mental que representaram ganhos importantes, definindo a Reforma Psiquiátrica como:

“Um processo social complexo que se caracteriza através das articulações de várias dimensões que simultaneamente e inter-relacionadas, cujas englobam movimentos, atores, conflitos e uma superioridade do objeto de conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade” (AMARATE, 2010, p. 58)

Em 1989, o processo de reforma psiquiátrica ganha uma repercussão nacional. Nesse mesmo ano, foi apresentado um projeto de lei 3.657/89, que dispunha sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamentava a internação psiquiátrica compulsória. Sendo esse, o marco da Reforma psiquiátrica no Brasil.

Mesmo com os ganhos já obtidos para a política de saúde mental, muitos novos problemas se apresentaram. Principalmente no que diz respeito aos projeto de lei, que perdurou por 11 anos. No entanto, houve algumas mudanças, como proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos e de novos leitos nos hospitais já existentes. Com grande repercussão devido tal projeto, fez com que o movimento amadurecesse contribuindo ainda mais para sua liderança nas políticas públicas de saúde mental. Desse forma, foram discutidas as ovas modalidade de internação, a reformulação da assistência e dos direitos, dentre outros.

Foi então que, em abril de 2001, o projeto substitutivo foi aprovado, resultando na Lei Federal 10.216, que dispunha sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionando o modelo assistencial em saúde mental sem romper com o modelo manicomial. O objetivo principal era a humanização do tratamento, propondo que só seria necessária uma internação se todos os recursos fossem esgotados e, mesmo assim, seriam evitadas as internações de longo tempo e as compulsórias.

A partir daí, são criados os primeiros serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, ou seja, redes municipais que oferecem cuidados de saúde mental. As mesmas, seguem o modelo Basagliano, que atende toda a demanda de saúde mental, substituindo os hospitais psiquiátricos, organizados da seguinte forma: Núcleo de Atenção psicossocial –NAPS, unidades regionalizadas, abertas 24 horas, todos os dias, tendo alguns leitos para atendimentos tipo internação; Residências

Terapêuticas- designadas às pessoas que possuem algum tipo de sofrimento psíquico grave ou que, por muito tempo, ficaram internadas em hospitais psiquiátricos e não tem nenhum apoio da família e os Centros de Atenção Psicossocial de Saúde Mental- CAPS – é também um serviço regionalizado, não prestam serviço de internação.

4.2 Caracterização da instituição CAPS

O Centro de Atenção Psicossocial- CAPS, conforme apresentado no item anterior, é uma instituição criada no intuito de acolher a população com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar e apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecendo-lhes atendimento médico e psicossocial. Foram os primeiros serviços induzidos pela Política Nacional de Saúde Mental, desde os anos de 1990, para a construção de uma rede diversificada de cuidados na área, fruto de uma longa luta antimanicomial no Brasil, também conhecida como a Reforma Psiquiátrica, que foi fortemente influenciada pelo Psiquiatra Italiano Franco Basaglia, que demonstrou a possibilidade de um novo modo de tratar o doente mental. É um serviço que deve operar de portas abertas, sem barreiras de acesso ou agendamento, para dispor de ações de acolhimento, que oferecem cuidados às pessoas em intenso sofrimento decorrente de transtornos mentais, uso de álcool e outras drogas e/ou ambiência.

Em 2002, o Ministério da Saúde lançou a Portaria nº 336, que define as modalidades de Centros de Atenção Psicossocial- CAPS como o principal equipamento reformista, que veio possibilitar a organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no Brasil. Os CAPS são definidos pela portaria acima como serviço ambulatorial, que procura preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território, devendo oferecer atendimento a pessoas com transtornos mentais severos e persistentes.

“Os centros de atenção psicossocial são serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário à pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas através do trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)

Segundo o Ministério da Saúde (Portaria nº3088), constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:

- Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- Combate a estigmas e preconceitos;
- Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- Diversificação das estratégias de cuidado;
- Desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- Desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações inter setoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- Promoção de estratégias de educação permanente; e
- Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

A equipe do CAPS é composta por diferentes profissionais de saúde, como: psicólogo, terapeuta ocupacional, enfermeiro, fonoaudiólogos, psiquiatra, clínico geral, assistente social, agente social, neurologista, que desenvolvem suas ações a partir do acolhimento de demandas espontâneas e/ou referenciadas, pautadas no vínculo com os usuários e suas famílias. A equipe deve funcionar de modo

interdisciplinar, cada profissional compartilhando sua visão e conhecimentos de sua área específica. Todos os CAPS devem obedecer à exigência da diversidade profissional e cada tipo de CAPS (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad) tem suas próprias características quanto aos tipos e à quantidade de profissionais.

A equipe deve organizar-se para acolher os usuários, desenvolver os projetos terapêuticos, trabalhar nas atividades de reabilitação psicossocial, compartilhar do espaço de convivência do serviço e poder equacionar problemas inesperados e outras questões que porventura demandem providências imediatas, durante todo o período de funcionamento da unidade.

No CAPS e no território são realizados: atendimentos individuais ou em grupos, atividades comunitárias e de reabilitação psicossocial, atenção aos familiares, atenção domiciliar, reuniões e assembléias para o desenvolvimento da cidadania, tratamento medicamentoso e intensas mediações entre os usuários, suas famílias e a comunidade.

É fundamental definirmos território, que pode ser entendido como as marcas físicas e marcas produzidas pelo homem, que vão além da delimitação geográfica a qual um serviço é responsável pela população. O território relaciona-se à construção do espaço e produção de sentidos ao lugar habitado, considerando o coletivo. Coletivo não apenas entendido como conjunto de pessoas, mas como conjunto heterogêneo, cujos agenciamentos delineiam condições de vida e de saúde de uma população. O CAPS como responsável à promotor de trocas, aqui deve estar inserido, atuar de acordo com a cultura, organização, articular projetos diferentes com os diferentes recursos existentes no entorno ou no território, acompanhar o usuário do percurso de sua casa até o serviço de saúde, ofertar acesso a bens culturais espalhados pela cidade, fazer um acompanhamento terapêutico, entre outros.

“Os CAPS são dispositivos de cuidado que devem contar com uma diversidade de abordagens para a complexidade e a diversidade das necessidades das pessoas em seus contextos de vida.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Os tipos de CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento e pela clientela atendida e se organizam de acordo com o perfil populacional dos

municípios brasileiros. Conforme a portaria nº3.088/2011, estes serviços se diferenciam como: CAPSI, CAPS II, CAPS III, CAPSi, CAPS ad e CAPS ad III. Se caracterizam da seguinte forma:

- CAPS I: Atendimento diurno (segunda a sexta) de adultos- atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias;
- CAPS II: Atendimento diurno(segunda a sexta) de adultos- atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local;
- CAPS III: Atendimento diurno e noturno(24 horas) de adultos- atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad;
- CAPSi : Atendimento diurno(segunda a sexta) a crianças e adolescentes- atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas.
- CAPS ad: Atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas.

Para a implantação de um CAPS, o principal critério é o perfil populacional do município, tendo o gestor local associado à instâncias do SUS, determinando a melhor demanda de saúde mental para cada município(Ministério da Saúde, 2005). Os parâmetros são definidos da seguinte forma (Portaria GM nº. 3088, de 23/12/2011):

- CAPS I- Municípios acima 20.000 habitantes;
- CAPS II- Municípios acima de 70.000 habitantes;
- CAPS III - Municípios acima de 200.000 habitantes;
- CAPSad- Municípios acima de 70.000 habitantes;
- CAPSadIII- Municípios acima de 200.000 habitantes;
- CAPSi- Municípios acima de 70.000 habitantes.

Deve-se ainda observar a realidade local, para a escolha do tipo de CAPS mais adequada ao porte do município.

Assim, temos como principal objetivo do CAPS proporcionar laços sociais e melhorar a vida cotidiana das pessoas com transtorno mental, trabalhando sua autonomia para a inserção na sociedade. O cuidado oferecido vai além do diagnóstico dos sintomas, abrangendo o lazer, as relações sociais, as condições de moradias, as atividades da vida diária e a esfera da geração de renda/ trabalho.

4.3 CAPSi

Segundo critério do Ministério da Saúde, a faixa etária atendida nos CAPSi vai de zero a vinte e cinco anos, podendo aos dezoito anos serem encaminhados aos CAPS adulto. Essa transferência é planejada de acordo com cada caso, dependendo da gravidade e do vínculo criado. De qualquer forma o limite superior de entrada ao serviço é de dezessete anos e onze meses.

Por motivo da especificidade de a criança ou adolescente ser trazido ao serviço pelos pais ou responsáveis (não é regra, pode acontecer do adolescente procurar o serviço por demanda espontânea e sem aviso prévio aos pais ou responsáveis) é necessário um estudo e tempo para decifrar a real demanda daquela criança ou adolescente. Não há uma resposta certa sobre como deve ser o acolhimento ou primeiro atendimento em relação a quem se faz presente. No caso do acolhimento, deve ser feita a escuta de quem procurar pelo serviço. No primeiro atendimento, geralmente, quando a criança é muito nova, os pais participam do primeiro atendimento para facilitar o vínculo entre a criança e o profissional. Já com o adolescente nem sempre é necessário. Os atendimentos aos pais podem e devem ser feitos regularmente, seja para falar sobre o acompanhamento e avanços ou para investigação sobre as demandas apresentadas.

Todo o funcionamento do CAPSi, assim como as demais instituições CAPS, está de acordo com a Portaria Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. (ANEXO)

De acordo com Cristina Lykouropoulos e Silvia Péchy (2016, pág 94), podemos destacar a função terapêutica e social de um CAPSi, a partir de três pontos: a lógica da produção de saúde através da problematização de sintomas; através da descoberta, desenvolvimento e afirmação de potencialidades; e por meio da inserção social e da construção da cidadania.

Através da lógica médica/clínica seria identificar uma doença por meio da presença de determinados sintomas e assim diagnosticar um transtorno e prescrever um determinado tratamento. Ao que se refere a uma doença mental, no entanto, a identificação não permite supor uma causa ou algum medicamento que a cure, os medicamentos para saúde mental podem apenas amenizar os sintomas.

Ao falarmos de criança e adolescente há uma dificuldade ainda maior, porque quem traz as queixas e sintomas é a família, espontaneamente ou por encaminhamento de outro serviço. Na maioria das vezes, a queixa refere-se a problemas no desenvolvimento e/ou no comportamento. Pode não ser um sofrimento psíquico consciente ou até mesmo não ser demanda da criança e do adolescente e sim da família. Dessa forma, é necessário contextualizar o sintoma, ou seja, compreendê-lo como uma resposta particular do usuário às questões que lhe são impostas por seu entorno. É o entendimento da forma como se apresentam os sintomas que permite a equipe traçar o projeto terapêutico para cada caso.

No âmbito de descoberta, desenvolvimento e afirmação de potencialidades, podemos dizer que a criança e o adolescente com transtorno mental é ainda um público muito estigmatizado socialmente, sendo um dos motivos principais a intolerância de quando os sintomas ultrapassam o “bom comportamento”, comprometendo a “ ordem social”. Não se enxerga a criança e adolescente com transtorno mental como indivíduo capaz. É preciso ampliar o foco da clínica, indo além do modelo tradicional e com viés assistencialista de intervenção.

No processo de adoecimento, são condições relevantes as dimensões biológicas, psicológicas, culturais e sociais que atuam no cotidiano de cada indivíduo, sendo um desafio para as equipes dos CAPSi caminhar junto na construção de experiências saudáveis e reais, pensando no âmbito coletivo.

Não há como promover saúde se não acreditarmos nas crianças e adolescentes como indivíduos com capacidades, potencialidades, crescimento e desenvolvimento, que podem melhorar sua condição de vida em meio à sociedade. Trabalhar sua inserção na sociedade é focar o tratamento para atividades que produzam a descoberta dessas potencialidades. O mesmo vale para a família, é importante trabalhar no vínculo e a descoberta de momentos e situações prazerosas no convívio, de possibilidades e de capacidade para enfrentarem juntos os desafios.

Quando se fala em inserção social e construção da cidadania, me vem ao pensamento as crianças e adolescentes que ainda hoje tem como realidade o chamado “confinamento doméstico”, que é semelhante ao confinamento hospitalar ao qual muitos adultos foram submetidos antes da Reforma Psiquiátrica. Esse isolamento é também por parte da família, que vai circulando cada vez menos pelos espaços sociais e coletivos em função das várias dificuldades, sejam elas por intolerâncias da sociedade ou pelo manejo de seus filhos em situações sociais.

A inserção do indivíduo com transtorno mental na sociedade deve ser entendida como inerente a qualquer processo de tratamento, como parte do direito à saúde mental da criança e do adolescente e é preciso fortalecer as famílias para que sejam protagonistas de sua história no reconhecimento desse direito e enfrentamento das dificuldades como condição de construção de cidadania.

Dessa forma, é necessário e importante que a equipe de um CAPSi trabalhe em conjunto com os diferentes setores sociais, como por exemplo, as escolas. A inserção social em a estratégia principal o cuidado de casos em que os sintomas produz a exclusão. Uma mudança de paradigma requer esforços contínuos, pois ainda há um longo caminho a se percorrer.

4.4 O público Infanto- Juvenil na Saúde Mental

A escolha da instituição a ser abordada nesse trabalho, como dito anteriormente, se deu pelo início do estágio supervisionado obrigatório do Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Ouro Preto em uma instituição CAPSi.

Ao me inserir nesse campo e pesquisar mais sobre o assunto, me dei conta da baixa literatura encontrada acerca do público infanto-juvenil na Saúde Mental e invisibilidade do mesmo.

A Saúde Mental da criança e o adolescente não foi o elemento direto da Reforma Psiquiátrica brasileira, que foi projetada como mudança do cuidado dado aos adultos em hospitais psiquiátricos, como vimos no início desse capítulo. Infelizmente, esse processo não deu conta de incluir o complexo sofrimento mental da criança e do adolescente.

A criança e o adolescente com transtorno mental sofreu por muitos anos um enorme descaso e completamente desassistidos, que se deu pela falta de um espaço e de políticas próprias que garantissem o seu lugar na sociedade, a proteção e resguardassem os seus direitos.

Segundo o Ministério da Saúde, o processo para o desenvolvimento de uma Política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes- SMCA no Brasil só foram propostos no início do século XXI. Até esse momento, o país não tinha formulações pelo setor da saúde mental que orientassem a construção de uma rede de cuidados para crianças e adolescentes com problemas mentais.

Em relação à criança e ao adolescente, o Estado brasileiro teve, historicamente, dois moldes diferentes: um com caráter tutelar, disciplinar e amparada na institucionalização e outro, totalmente oposto, baseado no princípio da proteção, na idéia da criança e do adolescente como sujeito de direitos e amparado na proposta do cuidado em liberdade. O marco de mudança dessas duas conformações ocorreu com a redemocratização, a Constituição de 1988 e as conquistas sociais dos anos 80 e 90 do século passado.

Ainda segundo o Ministério da Saúde, a política atual de Saúde Mental para crianças e adolescentes, voltada para a construção de redes de atenção, com destaque na articulação entre serviços de diferentes níveis de complexidades e tendo como ações iniciais a oferta de Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenis- CAPSi e a articulação intersetorial, procura à superação desse cenário anterior, no qual, crianças e adolescentes com transtorno mental ficaram desassistidas ou submetidas a processos de institucionalização e que, por décadas, foram invisíveis, ocasionando uma inserção tardia do público infanto-juvenil na Saúde Mental.

A nova concepção de criança e adolescente, possibilitada pelo marco dos direitos humanos, permitiu que fossem reconhecidos como assuntos importantes para as políticas públicas de cuidado, características fundamentais de sua condição de sujeito psíquico: seres vivos e sociais, compartilham, o fato de terem histórias de vida e experiências particulares, serem cercados pelos enigmas da existência, sofrerem, transtornarem-se e poderem expressar de diferentes maneiras seu transtorno, mal-estar ou sofrimento intenso, podem se desenvolver, socializar, aprender. São seres passíveis de sofrimento e adoecimento mental, com direito de serem cuidados quando o sofrimento se fizer insuportável ou quando não for possível a construção ou sustentação de laços sociais.

Tal noção foi destacada na III Conferência Nacional de Saúde Mental, que aconteceu em dezembro de 2001, sendo esse evento um marco na história da Saúde Mental de crianças e adolescentes no país, porque, priorizou o tema da Saúde Mental Infanto-Juvenil e convocou o Estado brasileiro à tomada de responsabilidade pelo cuidado e tratamento de crianças e adolescentes com transtornos mentais, afirmando a necessidade de esse cuidado ser pautado no reconhecimento delas como sujeitos psíquicos e de direitos.

O Ministério da Saúde destaca as diretrizes operacionais para os Serviços de Saúde para Crianças e adolescentes, como:

- Reconhecer aquele que necessita e/ou procura o serviço – seja a criança, o adolescente ou o adulto que o acompanha –, como o portador de um pedido legítimo a ser levado em conta, implicando uma necessária ação de acolhimento;
- Tomar em sua responsabilidade o agenciamento do cuidado, seja por meio dos procedimentos próprios ao serviço procurado, seja em outro dispositivo do mesmo campo ou de outro, caso em que o encaminhamento deverá necessariamente incluir o ato responsável daquele que encaminha;
- Conduzir a ação do cuidado de modo a sustentar, em todo o processo, a condição da criança ou do adolescente como sujeito de direitos e de responsabilidades, o que deve ser tomado tanto em sua dimensão subjetiva quanto social;

- Comprometer os responsáveis pela criança ou adolescente a ser cuidado – sejam familiares ou agentes institucionais – no processo de atenção, situando os, igualmente, como sujeitos da demanda;
- Garantir que a ação do cuidado seja o mais possível fundamentada nos recursos teórico-técnicos e de saber disponíveis aos profissionais, técnicos ou equipe atuantes no serviço, envolvendo a discussão com os demais membros da equipe e sempre referida aos princípios e às diretrizes coletivamente estabelecidos pela política pública de saúde mental para constituição do campo de cuidados;
- Manter abertos os canais de articulação da ação com outros equipamentos do território, de modo a operar com a lógica da rede ampliada de atenção. As ações devem orientar-se de modo a tomar os casos em sua dimensão territorial, ou seja, nas múltiplas, singulares e mutáveis configurações, determinadas pelas marcas e balizas que cada sujeito vai delineando em seus trajetos de vida.

Após a inclusão do público infanto-juvenil na Política de Saúde Mental, alguns outros avanços foram conquistados, como a criação em 2004, pelo Ministério da Saúde, do Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, que é um dispositivo democrático de participação e deliberação, de natureza intersetorial e com representação de usuários e familiares, para formulação e orientação das ações relacionadas à política de SMCA. O objetivo é elaborar coletivamente o diagnóstico das situações, estabelecer estratégias, propor diretrizes para a articulação intersetorial, avaliar os resultados e acompanhar a implantação das redes ampliadas de cuidado.

O Ministério da Saúde coloca como atribuições do Fórum nacional de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes, cinco eixos:

- Funcionar como espaço de articulação intersetorial e discussão permanente sobre as políticas para esta área; incentivando a criação de fóruns estaduais para a área da Saúde Mental da Criança e do Adolescente;
- Estabelecer diretrizes políticas nacionais para o ordenamento do conjunto de práticas que envolvam o campo da Atenção à Saúde Mental Infanto- Juvenil;

- Promover a integração, a articulação e a interlocução entre as diversas instituições que atuam no campo da Atenção à Saúde Mental dessa população;
- Produzir e disseminar conhecimento e informações que subsidiem as instituições responsáveis pelas políticas públicas nessa área, nos diversos âmbitos de gestão;
- Elaborar recomendações e deliberações a serem adotadas sempre que possível pelos gestores públicos da área da Saúde Mental da Criança e do Adolescente, nos diversos níveis de gestão, de forma a serem retransmitidas e implementadas na rede intersetorial de assistência.

Como vimos no item anterior, os CAPSi constituem a primeira ação concreta ocasionada pela nova posição do Estado brasileiro frente às questões da Saúde Mental da criança e do adolescente. Compostos por equipes interdisciplinares, pautados na lógica da atenção diária, do cuidado, do trabalho em rede e baseados na comunidade, visam à ampliação dos laços sociais possíveis a cada um dos seus usuários e familiares, oferecendo a devida atenção durante seu desenvolvimento, garantindo a liberdade da experimentação da vida.

“Em suma, os serviços de saúde mental infanto-juvenil, dentro da perspectiva que hoje rege as políticas de saúde mental no setor, devem assumir uma função social que extrapola o afazer meramente técnico do tratar, e que se traduz em ações, tais como acolher, escutar, cuidar, possibilitar ações emancipatórias, melhorar a qualidade de vida da pessoa portadora de sofrimento mental, tendo-a como um ser integral com direito a plena participação e inclusão em sua comunidade, partindo de uma rede de cuidados que leve em conta as singularidades de cada um e as construções que cada sujeito faz a partir de seu quadro.” (Ministério da Saúde, 2005, pág14)

Tais alterações foram um grande avanço para a Saúde Mental infanto-juvenil no país, mas ainda encontram-se muitos desafios para que se efetive o direito da criança e do adolescente na Saúde Mental. Como principal, destaco como é insuficiente o número de CAPSi implantados (contrastando com a expansão e distribuição regional dos CAPS para adultos) que ainda é inferior se comparado ao dados populacionais e na ausência de recursos específicos, que seja feita uma orientação de estender aos demais CAPS e ambulatorios de Saúde Mental a cobertura para tratamento de crianças e adolescentes. Acontece em muitas cidades

que quando se tem o serviço, a maioria ainda é sem o credenciamento ao Ministério da Saúde, funcionando sob gestão municipal. Atrelado a isso, serviços atuando de forma desarticulada com a rede.

4.5 Prevalência de transtornos mentais na infância e adolescência e de instituições CAPSi credenciadas no Brasil

Segundo divulgado pelo Caderno de Saúde Pública do Rio de Janeiro, em Dezembro de 2015, as prevalências brasileiras de problemas de Saúde Mental em crianças e adolescentes variam entre 7% e 24,6%, com demanda entre 4% e 7,3% para intervenção clínica. Os transtornos mentais de crianças e adolescentes mais comuns incluem os transtornos de conduta, os transtornos de atenção e hiperatividade e os transtornos emocionais.

Pelo Conselho Nacional de Estabelecimentos de Saúde- CNES, em abril de 2014, 208 CAPSi funcionavam, dos quais 32 sem registro de habilitação, e 98,1% sob gestão municipal. Distribuíam-se em 23 das 27 unidades federativas (UF) brasileiras, estando ausentes no Acre, Roraima, Tocantins e Distrito Federal. Dentre 187 municípios com mais de 150 mil habitantes, apenas 60,4% possuíam CAPSi, havendo distribuição heterogênea nos estados.

Apesar de o Estado de São Paulo possuir maior número de CAPSi, apenas 51% das cidades habilitadas pelo critério populacional estavam contempladas. Até abril de 2014, os CAPSi representavam 7,8% do total de 2.128 Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS) brasileiros.

Através da análise de 837.259 registros de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo – APAC, 65,8% dos atendimentos concentrados em três grupos diagnósticos: 29,7% para transtornos do comportamento e transtornos que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência (F90-F98), 23,6% para transtornos do desenvolvimento psicológico (F80-F89); e 12,5% para retardo mental (F70-F79).

Tais distúrbios são importantes na medida em que impõem sofrimento à criança e o adolescente e àqueles com quem convivem, e também porque interferem no desenvolvimento psicossocial e educacional, com chances de gerar problemas psiquiátricos e de relacionamento interpessoal na vida adulta. Atualmente, os mais prevalentes entre crianças e adolescentes são: depressão, transtornos de ansiedade, TDAH, por uso de substâncias e transtorno de conduta, associados principalmente com fatores biológicos, genéticos e ambientais, histórico familiar de transtorno mental, violência familiar e comunitária e configuração familiar.

Há poucos estudos recentes de base populacional quantitativo sobre transtornos mentais e fatores associados em crianças e adolescentes. São importantes para que conheçamos a realidade, a distribuição da exposição e do adoecimento. Mais uma vez, reafirmo a carência na atenção à saúde mental infanto-juvenil, assim, identificar os transtornos mais prevalentes e seus fatores associados pode contribuir com a melhora na atenção do cuidado e aumento da oferta de serviços específicos para população infanto-juvenil.

5 REFLEXÃO ACERCA DO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL EM UM CAMPO DE SAÚDE MENTAL

A proposta desse capítulo é refletir a prática profissional dos Assistentes Sociais na Saúde Mental. Para tanto, uma pesquisa de campo será apresentada, buscando conhecer o trabalho realizado pela assistente social e as demandas no Centro de atenção infanto-juvenil- CAPSi.

4.1.O Serviço Social na Saúde Mental e suas demandas no CAPSi

Como vimos no capítulo anterior, após o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, aconteceram diversos avanços na Saúde Mental. Um deles foi a contratação de vários assistentes sociais para atuar junto à Saúde Mental, na medida em que esse movimento enfatiza a importância da reabilitação social dos portadores de transtorno mental, por meio de programas nas áreas de habitação, trabalho e lazer, a fim de estabelecer uma cidadania efetiva para esses usuários, fazendo assim, com que o profissional de serviço social seja fundamental.

Historicamente, a inserção do Assistente Social em saúde mental no Brasil tem início em 1940, após a regulamentação da profissão, sendo o profissional incorporado à equipe de saúde que assiste aos portadores de Saúde Mental. A Resolução 287/98 do Conselho Nacional de Saúde reconhece o Serviço Social como uma das 14 profissões da área de saúde. A forma como este profissional vai intervir na loucura e suas expressões vai se diferenciar ao longo de sua trajetória. O Serviço Social começa dando assistência aos trabalhadores para “ amenizar’ a relação entre capital e trabalho, intervindo nas questões mais imediatas da questão social. A partir dos anos de 1970 houve um maior número de contratações dos profissionais pelos hospitais psiquiátricos, onde o profissional atuava na “porta de entrada e saída” do serviço. A ação dos assistentes sociais no espaço hospitalar volta-se para levantamentos de dados sociais dos pacientes portadores de transtornos mentais e seus familiares, confecção de atestados sociais, encaminhamentos para a rede sócio-assistencial e difusão de informação e orientação social, sobretudo, para regularizar a documentação e acessar benefícios sociais.

Entre os serviços típicos da reforma Psiquiátrica, que vimos no capítulo anterior (CAPS Residências terapêuticas e Atenção Primária), observa-se os Assistentes Sociais assumindo uma multiplicidade de funções, sobretudo como gestores coordenadores, planejadores, técnicos de referência, supervisores, dentre outros. Cada serviço traz necessidades particulares para a prática profissional, exigindo adequações a múltiplas temáticas e segmentos no interior da Saúde Mental

e a heterogêneos processos de trabalho, a exemplo da coordenação de uma residência terapêutica. Além disso, a história do serviço e da equipe interdisciplinar, bem como as competências de cada profissional, a correlação de forças internas e externas, às equipes também vão influir nas possibilidades da prática profissional do Assistente Social.

No espaço sócio-ocupacional da Saúde Mental, o Serviço Social atua sobre as expressões da questão social que se apresentam a partir da exclusão da pessoa com transtorno mental de seu sistema produtivo e do convívio em sociedade.

As ações do Assistente Social nesses espaços referem-se à natureza da profissão, atuando junto à equipe interdisciplinar na viabilização dos direitos dos portadores de transtorno mental, no acolhimento, na orientação, nos encaminhamentos, e na mediação entre o usuário e sua família.

Em meu período de observação e acompanhamento durante a experiência de estágio no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil- CAPSi, destaco que a Assistente Social realiza atendimento individual ; trabalho em grupos com os usuários e sua família (oficinas terapêuticas); visitas domiciliares com o objetivo de verificar a situação socioeconômica e familiar, buscando também recursos disponíveis na comunidade para reinserção social desses sujeitos; entre outras.

Conforme a Lei nº 8.662/93 Art. 4º - Constituem competência do Assistente Social:

- Elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;
- Elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;
- Encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;
- Orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;
- Planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais;

- Planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;
- Prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo;
- Prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;
- Planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social;
- Realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.

Segundo o Conselho Federal de Serviço Social- CFESS, nas equipes de Saúde Mental, o Assistente Social deve contribuir para que a Reforma Psiquiátrica alcance seu projeto ético-político. Nessa perspectiva, os profissionais de Serviço Social vão enfatizar as determinações sociais e culturais, preservando sua identidade profissional. Os assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional.

Quanto ao atendimento direto ao usuário, as ações predominantes são as ações sócio-assistenciais, as ações de articulação interdisciplinar e as ações sócio-educativas, que não ocorrem de forma isolada, mas integram o processo coletivo do trabalho em saúde, sendo complementares e indissociáveis.

“Cabe ressaltar, entretanto, que para a realização das ações explicitadas é fundamental a investigação, considerada transversal ao trabalho profissional; o planejamento; a mobilização e a participação social dos usuários para a garantia do direito à saúde, bem como a assessoria para a melhoria da qualidade dos serviços prestados e a supervisão direta aos estudantes de Serviço Social.”
CFESS,2010

As ações sócio-assistenciais visam à viabilização dos direitos dos usuários, garantia do atendimento adequado, orientação e encaminhamentos necessários de acordo com a demanda específica. Não é competência do profissional de Serviço Social se utilizar no exercício de suas funções de terapias individuais, de grupo, de família ou comunitárias, mas sim potencializar a orientação social com vistas à ampliação do acesso dos indivíduos e da coletividade aos direitos sociais.

Já as ações em articulação à equipe de saúde, Yamamoto (2002, p. 41) afirma que:

“é necessário desmistificar a idéia de que a equipe, ao desenvolver ações coordenadas, cria uma identidade entre seus participantes que leva à diluição de suas particularidades profissionais”. A autora considera que “são as diferenças de especializações que permitem atribuir unidade à equipe, enriquecendo-a e, ao mesmo tempo, preservando aquelas diferenças” (IAMAMOTO, 2002, p.41).

4.2. O Assistente Social na Equipe multidisciplinar

Atualmente, é realidade cada vez mais comum nos serviços de saúde a presença de uma equipe interdisciplinar. No Brasil, desde a década de 1970, o trabalho em saúde passou a priorizar a composição de equipes de profissionais com diferentes formações, buscando superar a crescente fragmentação de conhecimento. Esse movimento traz inequivocamente a benesse de incrementar as possibilidades terapêuticas, mostrando a necessidade da integração verdadeiramente interdisciplinar.

O termo interdisciplinaridade não tem sentido único, mas, em geral, trata sobre a intensidade das trocas entre os especialistas e sobre o grau de integração das disciplinas em um projeto profissional. Nesse sentido, assume-se a interdisciplinaridade como estratégia que envolve troca real de conhecimentos. Desta maneira, cada um profissional vai fazer o que estiver dentro de sua área de formação para alcançar este objetivo em comum. Esses profissionais que compõem a equipe são tidos como “técnicos de referência em Saúde Mental”.

Chegando ao serviço, o usuário será atendido por um profissional de nível superior da equipe, o técnico de referência. “Independente de sua formação- psicólogo, psiquiatra, assistente social, etc- este será o técnico de referência do paciente.” (Linha Guia Estadual de Saúde Mental, 2006)

Ainda segundo a Linha Guia Estadual de Saúde Mental é competência do técnico de referência estabelecer e sustentar o vínculo com o paciente, traçar as linhas de seu projeto terapêutico individual, definir com o mesmo sobre a frequência ao serviço, fazer contato com familiares e outras pessoas do seu meio social, sempre quando necessário. Tal organização não minimiza a responsabilidade dos demais profissionais sobre o acompanhamento da criança e do adolescente, ao contrário, permite diálogos e avaliações freqüentes sobre os projetos terapêuticos singulares, garantindo continuidade e alterações. As reuniões de equipe devem acontecer semanalmente com toda a equipe presente, com a contribuição de cada especialidade, onde os casos serão discutidos de acordo com a urgência e necessidade, para assim, traçar o melhor projeto terapêutico para cada paciente. A equipe deve manter-se em constante troca de conhecimentos.

“O Projeto Terapêutico Singular (PTS) (BRASIL, 2008) é o direcionamento das ofertas de cuidado construído a partir da identificação das necessidades dos sujeitos e de suas famílias, em seus contextos reais de vida, englobando diferentes dimensões. O PTS deve ser composto por ações dentro e fora do serviço e deve ser conduzido, acompanhado e avaliado por profissionais ou equipes de referência junto às famílias e às pessoas com. Ele deve ser revisto sistematicamente, levando-se em conta os projetos de vida, o processo de reabilitação psicossocial (com vistas à produção de autonomia) e a garantia dos direitos.” (Linha Guia- Ministério da Saúde, pág 74)

No tratamento proposto, é essencial o entendimento dos modos de funcionamento do sujeito, das relações que ele estabelece e seus impasses. A proposta terapêutica deve partir do contexto real do sujeito, das suas rotinas, seu cotidiano, do que evita, da escuta da família, para que seja possível uma aproximação, buscando a definição da direção do tratamento.

É importantíssimo ressaltar aqui, que o serviço de Saúde Mental não se configura como especialidade. O atendimento não é terapia e sim, atendimento psicossocial. Assim o Assistente Social desenvolve a função de referência técnica em Saúde Mental, onde deve trabalhar para garantir a melhoria da qualidade de

vida, através da autonomia do usuário em relação a sociedade, mas também atua a especialidade, na viabilização dos direitos do usuários (BPC, vale- transporte, estudo sócio- econômico etc), desenvolvendo sua intervenção pautada no Código de Ética da profissão, e em conjunto com os princípios do SUAS, que visa à universalidade, integralidade, equidade, participação social e a descentralização.

4.3 Apresentação da pesquisa

Neste item, será apresentada uma pesquisa de campo realizada a partir de uma entrevista com um roteiro semi-estruturado com duas Assistentes Sociais em diferentes instituições CAPSi. As duas Assistentes Sociais foram apresentadas o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE elaborado de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e não será exposto o nome ou qualquer identificação das participantes.

A entrevista procurou entender as respostas do profissional de Serviço Social interligando-as com os temas discutidos nos capítulos anteriores, tendo como objetivo apresentar o trabalho do Assistente Social no CAPSi.

Entendemos que o trabalho do Assistente Social no CAPSi tem várias finalidades, sendo uma delas, ser o potencializador de mediações, seja entre o usuário e o serviço ou usuário e sua família, proporcionando o bem-estar do usuário e garantindo sua autonomia e inserção na sociedade. E também a viabilização do acesso aos direitos sócio-assistenciais.

A relação teoria- prática deve estar sempre presente na atuação profissional, é preciso construir metodologias de ação que atendam as demandas apresentadas no cotidiano profissional. Os Assistentes Sociais devem ter presentes em sua prática profissional três dimensões: a dimensão ética-política, o profissional deve ter domínio sobre o Código de Ética da Profissão, ter uma visão crítico-política, sem caráter de neutralidade, deve se posicionar diante da realidade, para que possa intervir na mesma; a dimensão teórico-metodológica, que é a capacidade de apreensão do método e das teorias, bem como a relação que faz com a prática; e

por fim, a dimensão técnico-operativa: como uma profissão de caráter interventivo, que visa promover mudanças no cotidiano da vida social das populações atendidas, tem por objetivo conhecer e apropriar-se do conjunto de habilidades técnicas para o atendimento ao usuário.

A clareza do Assistente Social da necessidade de articulação dessas três dimensões tem implicações diretas na atuação desse profissional, pois a junção dessas dimensões, juntamente com a formação e o exercício profissional, são expressões da materialidade do Projeto Ético Político do Serviço Social no cotidiano.

As perguntas direcionadas às Assistentes Sociais foram:

- 1. Quais são as demandas que aparecem no serviço para o assistente social e como é o seu trabalho na instituição?**
- 2. Quais são os instrumentos de trabalho utilizados por você em seu exercício profissional?**
- 3. Qual a contribuição do Assistente Social na equipe interdisciplinar?**
- 4. Quais os desafios e possibilidades que a profissão tem encontrado neste espaço sócio ocupacional?**

A partir das respostas dadas pelas Assistentes Sociais, podemos destacar itens relevantes para discussão. Como ponto principal, destaco que ser técnico de referência em Saúde Mental não pode e não deve apagar a especialidade do profissional. É possível efetivar o agir profissional dentro das três dimensões do Serviço Social (dimensão ético-política, técnico-operativa e teórico-metodológico) sendo técnico de referência?

As duas profissionais tiveram respostas parecidas em relação às demandas que aparecem na instituição e o seu trabalho, sendo as principais: Acolhimento, atendimentos individuais e em grupo aos usuários e suas famílias, reuniões de equipe e com outros serviços da rede, participação de fóruns e ações intersetoriais, solicitação de benefícios, visitas domiciliares e busca ativa.

Os instrumentos utilizados para efetivar o agir profissional são: cadastro sócio-econômico, entrevistas, encaminhamentos, acompanhamentos, relatórios social, formulários de requisição de benefícios.

Quanto à contribuição do profissional na equipe interdisciplinar, as duas responderam que é importante, pois o profissional contribui com a visão social do usuário, apresentando suas particularidades e contexto de vida.

Como desafios e possibilidades: desafio de garantir o direito dos usuários, a precarização da ofertas de serviços públicos, como transporte, benefícios e acesso à instituição; o reconhecimento do Assistente Social junto à equipe. Possibilidade: garantia dos direitos, apresentar o trabalho do Assistente Social na equipe interdisciplinar.

4.4.Entrevista

Assistente Social 1

1. Quais são as demandas que aparecem no serviço para o assistente social e como é o seu trabalho na instituição?

“Demandas relacionadas à Saúde Mental, ou seja, atendimentos como referência técnica com pessoas em sofrimento mental, com ênfase em casos graves: autismo, neuroses graves, psicoses, auto extermínio, álcool e outras drogas, violências (sexual, domesticas ou negligências). Além disso, o assistente social atua em sua especialidade na execução de políticas públicas que possam viabilizar os direitos dos usuários e suas famílias que são acompanhados no serviço, como: benefício de prestação continuada, benefícios oferecidos no município (Secretaria de Ação Social), visita domiciliar, estudo sócio-econômico, isenção de IPVA para pacientes com deficiência.”

2. Quais são os instrumentos de trabalho utilizados por você em seu exercício profissional?

“Os instrumentos de trabalho são execução de atividades sócio-educativas em saúde mental, ressaltando sempre de que o instrumental e a técnica estão relacionadas em uma “unidade dialética”. Dessa forma, realiza-se: cadastro sócio-

econômico, acolhimento, encaminhamento acompanhamento psicossocial, relatórios e visitas domiciliares. Visando sempre a garantia da autonomia dos pacientes e familiares atendidos no serviço.”

3. Qual a contribuição do Assistente Social na equipe interdisciplinar?

“Um olhar diferenciado no que diz respeito às demandas de um indivíduo em serviço de saúde mental não estarem relacionadas apenas às questões de saúde em si, mas também à questões sociais.”

4. Quais os desafios e possibilidades que a profissão tem encontrado neste espaço sócio ocupacional?

“Desafio principal: o profissional ser visto como um profissional que pode e deve atuar em uma equipe multidisciplinar de saúde mental, e não como um assistente social da área de “assistência” atuando na especialidade.”

Assistente Social 2

1. Quais são as demandas que aparecem no serviço para o assistente social e como é o seu trabalho na instituição?

“ Acompanhamento familiar focado na questão social situações de negligência, acesso ao transporte, orientações de benefícios sócio-assistenciais, acolhimento requisição de outros serviços para acompanhamento familiar, grupos de famílias, grupo de geração de renda, participação no Conselho Municipal da Criança e do Adolescente, visita domiciliar busca ativa, reunião de equipe e com outros serviços (ex: escolas)”

2. Quais são os instrumentos de trabalho utilizados por você em seu exercício profissional?

“ Entrevistas, formulários de requisição de benefícios, caderno de registro, relatório social, visita domiciliar”.

3. Qual a contribuição do Assistente Social na equipe interdisciplinar?

“Contribuição da visão social do usuário para o serviço e para acompanhamento da equipe. Maior facilidade na articulação com a rede municipal. Visita domiciliar, que contribui para ampliar o entendimento do contexto do indivíduo. Realização do grupo, que favorece o fortalecimento das famílias com o serviço e a socialização com outras famílias.”

4. Quais os desafios e possibilidades que a profissão tem encontrado neste espaço sócio ocupacional?

“Desafios: garantia dos direitos sócio-assistenciais para os usuários, precarização da oferta dos serviços públicos, como: acesso a instituição, transporte, benefícios às famílias em situação de vulnerabilidade social, estigma do Serviço Social no CAPSi por parte de alguns profissionais da equipe, inclusão do mercado de trabalho para o usuário com deficiência e transtorno mental.

Possibilidades: Apresentar a finalidade do Serviço Social no CAPSi para a equipe interdisciplinar, trabalhar a relação social das famílias no contexto empoderamento de algumas famílias, luta pela conquista dos direitos dos usuários, garantia dos direitos e deveres das famílias e da criança e do adolescente”.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho intitulado “ Serviço Social e Saúde Mental- uma reflexão sobre o trabalho do Assistente Social em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil - CAPSi” , buscou fazer uma reflexão do exercício profissional desenvolvido pelo Assistente Social no Centro de Atenção Psicossocial- CAPSi. Bem como, entender como se configura a sua prática profissional cotidianamente e as demandas impostas aos profissionais nessas instituições.

A pesquisa de campo foi realizada a partir da observação em meu campo de estágio e da entrevista feita com duas Assistentes Sociais em diferentes instituições CAPSi, procurando entender as respostas do profissional de Serviço Social interligando-as com os temas discutidos nos capítulos anteriores.

Após todo o conteúdo apresentado, afirmamos que o assistente social possui habilidades necessárias para atuar na Saúde Mental, de forma a compreender a realidade do sujeito além do aparente, ou seja, visando identificar o contexto das relações sociais e a dimensão do sujeito que vivencia o transtorno mental, atuando

ainda nas diversas expressões da questão social, que se manifestam através da pobreza, exclusão social, violência, dentre outros. Sendo assim, esse profissional ocupa função importante e diferenciada na equipe interdisciplinar, sendo capaz de responder as necessidades sociais das pessoas com transtorno mental que se traduzem através das inúmeras demandas.

É necessário que o assistente social, atuante na área de saúde, possa problematizar as demandas e as intervenções, a fim de viabilizar o acesso aos direitos dos usuários com transtorno mental. A prática deve tornar-se um exercício constante de análise crítica para que, além de garantir a qualidade no atendimento aos usuários, a profissão possa se fortalecer como categoria atuante na área de Saúde Mental.

Compreender o funcionamento do trabalho em equipe interdisciplinar, sem perder as diretrizes norteadoras da profissão; analisar os determinantes e a lógica institucional dos serviços substitutivos, não se submetendo a práticas burocráticas e rotineiras e atualizar a compreensão de conceitos legitimadores da Reforma Psiquiátrica, tais como clínica ampliada e reabilitação psicossocial, são requisitos essenciais para que o profissional exerça uma prática crítica e propositiva.

Assim, se faz importante refletir sobre a atuação dos Assistentes Sociais nos CAPSi que compõem a Rede de Atenção Psicossocial- Raps, visto que o profissional sendo capacitado para intervenção nas expressões da questão social e, pelo trabalho de articulação com a rede sócio-assistencial, pode contribuir para a promoção da autonomia e reinserção social da pessoa com transtorno mental em seu território. Mas, ainda se faz necessário a discussão sobre a contribuição do Assistente Social em uma equipe interdisciplinar, sem que o profissional perca suas particularidades sobre a especialidade sendo técnico de referência, pautando sua atuação no Código de Ética profissional e Lei de Regulamentação da Profissão.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Tipificação Nacional de Serviços Sócio assistenciais. Publicado no Diário .Oficial da União em 25 de novembro de 2009.

O CAPSi e o desafio da gestão em Rede- Edith Lauridsen Ribeiro e Cristiana Lykouopoulos

BOSCHETTI, Ivanete. Avaliação de políticas, programas e projetos sociais. Serviço Social

CFESS. Código de Ética Profissional do Assistente Social. Brasília: CFESS, 1993.

_____. **Regulamentação da profissão do Assistente Social.** Lei Nº 8662, Jun, 1993.

AMARANTE, p. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: Panorama/ ENSP, 2010

VACONCELOS, E.M. Breve periodização histórica do processo de reforma psiquiátrica no Brasil recente In: **Saúde mental e serviço social: O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade.** São Paulo: Cortez, 2000, p. 19-34.

RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde. Brasília, 2010.

IAMAMOTO, Marilda V; CARVALHO. O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 2008.

NETTO, José Paulo. Cinco notas a propósito da “questão social”. In: Temporalis. Brasília: ABEPSS, n.3. 2001.

BRAZ, M. Notas sobre o projeto ético- político. In: Assistente Social: Ética e Direitos. (rev. e ampl.). Rio de Janeiro: CRESS, 1996. (Coletânea de leis e resoluções);

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Linha Guia da Saúde Mental. Belo Horizonte, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE, Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde mental no SUS: as novas fronteiras da reforma psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007- 2010. Ministério da Saúde: Brasília. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. I Conferência Nacional de Saúde Mental. Relatório Final. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Brasília, 1988.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. 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.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE, Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Secretária de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde: Brasília. 2004

GUERRA, Yolanda. A Instrumentalidade no Trabalho do Assistente Social. Cadernos do Programa de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais, 2002.

ANEXOS

ANEXO 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Instituição Co-participante: _____

Declaro concordar com a execução da pesquisa “ SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL- Uma reflexão sobre o trabalho do Assistente Social em um Centro de atenção Psicossocial infanto-juvenil - CAPSi”, desenvolvido pela aluna Camilla Mol Santos Costa, portadora do RG MG- 17.670.443, do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Ouro Preto, orientada pela Prof. Virgínia Carrara.

O trabalho abordará a prática profissional do assistente social em um campo de Saúde Mental, mais especificamente um CAPSi, sendo realizada uma entrevista com a assistente social da instituição, orientada por um questionário com perguntas sobre sua compreensão da relação teórico/ prática, analisando sua formação e o seu trabalho e a dinâmica na referida instituição.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão consideradas estritamente confidenciais e os registros estarão disponíveis apenas para os pesquisadores envolvidos no estudo.

Eu fui informado verbalmente e por escrito sobre os dados dessa pesquisa e minhas dúvidas com relação à minha participação foram satisfatoriamente respondidas. Tive tempo suficiente para decidir sobre minha participação e concordo voluntariamente em participar desta pesquisa. Sei que poderei retirar o meu consentimento a qualquer hora, antes ou durante a mesma, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido. Assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

ANEXO2

PROJETO DE LEI N.º 3.657 DE 1989.

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos psíquicos e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Redação final do Substitutivo do Senado Federal.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º - Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno psíquico, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religiosa, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º - Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único: São direitos das pessoas portadoras de transtorno psíquico:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental;

Art. 3º - É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos psíquicos, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos psíquicos.

Art. 4º - O Poder Público destinará recursos orçamentários para construção e manutenção de uma rede de serviços de saúde mental diversificada e qualificada, sendo que a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo Poder Público, de novos leitos em hospitais psiquiátricos somente será permitida nas regiões onde não exista estrutura assistencial adequada, desde que aprovada pelas comissões intergestoras e de controle social dos três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde -SUS.

Art. 5º - A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º - O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º - O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos psíquicos, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º - É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos psíquicos em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não asseguram aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 6º - 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, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada à continuidade do tratamento quando necessário.

Art. 7º - A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro e;

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 8º - A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 9º - A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina – CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

Art. 10 - A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 1º - O Ministério Público, ex-officio, atendendo denúncia, ou por solicitação familiar ou representante legal do paciente, poderá designar equipe revisora multiprofissional de saúde mental, da qual necessariamente deverá fazer parte um profissional médico, preferencialmente psiquiatra, a fim de determinar o prosseguimento ou a cessação daquela internação involuntária.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 11 - A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 12 - Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo de vinte e quatro horas da

data da ocorrência.

Art. 13 - Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 14 - O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implantação desta Lei.

Art. 15 - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

ANEXO 3

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.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º 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, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

ANEXO 4



Ministério da Saúde Gabinete do Ministro

7 PORTARIA Nº 336, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002

O Ministro da Saúde, no uso de suas atribuições legais;

Considerando a Lei 10.216, de 06/04/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando o disposto na Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS - SUS 01/2001, aprovada pela Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001; Considerando a necessidade de atualização das normas constantes da Portaria MS/SAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, resolve:

Art. 1º 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;

§ 1º As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no Artigo 3º desta Portaria, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, conforme definido adiante.

§ 2º Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território;

Art. 2º Definir que somente os serviços de natureza jurídica pública poderão executar as atribuições de supervisão e de regulação da rede de serviços de saúde mental.

Art. 3º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar.

Parágrafo único. Os CAPS poderão localizar-se dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral, ou dentro do conjunto arquitetônico de instituições universitárias de saúde, desde que independentes de sua estrutura física, com acesso privativo e equipe profissional própria.

Art. 4º Definir, que as modalidades de serviços estabelecidas pelo Artigo 1º desta Portaria correspondem às características abaixo discriminadas:

4.1 - CAPS I - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com as seguintes características:

a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

c - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

d - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

e - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/ SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

f - funcionar no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana;

4.1.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS I inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

4.1.2 - Recursos Humanos: A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I, para o atendimento de 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, será composta por:

a - 01 (um) médico com formação em saúde mental;

b - 01 (um) enfermeiro;

c - 03 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

d - 04 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão;

4.2 - CAPS II - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, com as seguintes características:

a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;

c - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

d - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

e - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/ SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

f - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.

4.2.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS II inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária: os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

4.2.2 - Recursos Humanos: A equipe técnica mínima para atuação no CAPS II, para o atendimento de 30 (trinta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;

c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

d - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.3 - CAPS III - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com as seguintes características:

a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana;

b - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

c - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;

d - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial; f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/ SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g - estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/ emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica.

4.3.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS III inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros);

b - atendimento grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação;

h - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias, e os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão 04 (quatro) refeições diárias;

i - a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias.

4.3.2 - Recursos Humanos: A equipe técnica mínima para atuação no CAPS III, para o atendimento de 40 (quarenta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 (sessenta) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por a - 02 (dois) médicos psiquiatras;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental.

c - 05 (cinco) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

d - 08 (oito) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.3.2.1 - Para o período de acolhimento noturno, em plantões corridos de 12 horas, a equipe deve ser composta por:

a - 03 (três) técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço;

b - 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio;

4.3.2.2 - Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por:

a - 01 (um) profissional de nível superior dentre as seguintes categorias: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, ou outro profissional de nível superior justificado pelo projeto terapêutico;

b - 03 (três) técnicos/auxiliares técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço

c - 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio.

4.4 - CAPS i II - Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos, com as seguintes características:

a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais;

b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

c - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito do seu território;

d - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades de atendimento psiquiátrico a crianças e adolescentes no âmbito do seu território

e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, na atenção à infância e adolescência;

f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de

agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/ SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até às 21:00 horas.

4.4.1- A assistência prestada ao paciente no CAPS i II inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração da criança

e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social;

g - desenvolvimento de ações inter-setoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça;

h - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias;

4.4.2 - Recursos Humanos: A equipe técnica mínima para atuação no CAPS i II, para o atendimento de 15 (quinze) crianças e/ou adolescentes por turno, tendo como limite máximo 25 (vinte e cinco) pacientes/dia, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental;

b - 01 (um) enfermeiro.

c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

d - 05 (cinco) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.5 - CAPS ad II - Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000, com as seguintes características:

a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária, de referência para área de abrangência populacional definida pelo gestor local;

b - sob coordenação do gestor local, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e drogas, no âmbito de seu território;

c - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial local no âmbito de seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

d - coordenar, no âmbito de sua área de abrangência e por delegação do gestor local, a atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, em articulação com o Conselho Municipal de Entorpecentes;

e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental local no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/ SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.

h - manter de 02 (dois) a 04 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso.

4.5.1. A assistência prestada ao paciente no CAPS ad II para pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

h - atendimento de desintoxicação.

4.5.2 - Recursos Humanos: A equipe técnica mínima para atuação no CAPS ad II para atendimento de 25 (vinte e cinco) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;

c - 01 (um) médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas;

d - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; e - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Art.5º Estabelecer que os CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II deverão estar capacitados para o acompanhamento dos pacientes de forma intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, dentro de limites quantitativos mensais que serão fixados em ato normativo da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. Define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento freqüente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma freqüência menor. A descrição minuciosa destas três modalidades deverá ser objeto de portaria da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, que fixará os limites mensais (número máximo de atendimentos); para o atendimento intensivo (atenção diária), será levada em conta a capacidade máxima de cada CAPS, conforme definida no Artigo 2o.

Art. 6º Estabelecer que os atuais CAPS e NAPS deverão ser recadastrados nas modalidades CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II pelo gestor estadual, após parecer técnico da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. O mesmo procedimento se aplicará aos novos CAPS que vierem a ser implantados.

Art.7º Definir que os procedimentos realizados pelos CAPS e NAPS atualmente existentes, após o seu recadastramento, assim como os novos que vierem a ser criados e cadastrados, serão remunerados através do Sistema APAC/SIA, sendo incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e financiados com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC.

Art.8º. Estabelecer que serão alocados no FAEC, para a finalidade descrita no art. 5o, durante os exercícios de 2002 e 2003, recursos financeiros no valor total de R\$52.000.000,00 (cinquenta e dois milhões de reais), previstos no orçamento do Ministério da Saúde.

Art.9º Definir que os procedimentos a serem realizados pelos CAPS, nas modalidades I, II (incluídos CAPS i II e CAPS adII) e III, objetos da presente Portaria, serão regulamentados em ato próprio do Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Art.10. Esta Portaria entrará em vigor a partir da competência fevereiro de 2002, revogando-se as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

ANEXO 5



Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

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).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências;

Considerando as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações;

Considerando o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas;

Considerando as disposições contidas no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

Considerando a Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, de 2003;

Considerando a Portaria nº 336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002, que regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);

Considerando a Portaria nº 816/GM/MS, de 30 de abril de 2002, que institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas;

Considerando as diretrizes previstas na Portaria nº 1.190/GM/MS, 4 de junho de 2009, que institui Plano Emergencial de ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD);

Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria, nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências SUS;

Considerando as recomendações contidas no Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, realizada em 2010;

Considerando a necessidade de que o SUS ofereça uma rede de serviços de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas com demandas decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas; e

Considerando a necessidade de ampliar e diversificar os serviços do SUS para a atenção às pessoas com necessidades decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas e suas famílias, resolve:

Art. 1º Fica instituída a Rede de Atenção Psicossocial, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:

- I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- III - combate a estigmas e preconceitos;
- IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI - diversificação das estratégias de cuidado;
- VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- XI - promoção de estratégias de educação permanente; e

XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

Art. 3º São objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial:

- I - ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
- II - promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e
- III - garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Art. 4º São objetivos específicos da Rede de Atenção Psicossocial:

- I - promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas);
- II - prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas;
- III - reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas;
- IV - promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária;
- V - promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde;
- VI - desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;
- VII - produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede;
- VIII - regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; e
- IX - monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.

Art. 5º A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes:

- I - atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:
 - a) Unidade Básica de Saúde;
 - b) equipe de atenção básica para populações específicas:
 - 1. Equipe de Consultório na Rua;

2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;

c) Centros de Convivência;

II - atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;

III - atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) SAMU 192;

b) Sala de Estabilização;

c) UPA 24 horas;

d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro;

e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;

IV - atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) Unidade de Recolhimento;

b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;

V - atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) enfermaria especializada em Hospital Geral;

b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

VI - estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:

a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e

VII - reabilitação psicossocial.

Art. 6º São pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção básica em saúde os seguintes serviços:

I - Unidade Básica de Saúde: serviço de saúde constituído por equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades;

II - Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas:

a) Equipe de Consultório na Rua: equipe constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde, sendo responsabilidade dessa equipe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, ofertar cuidados em saúde mental, para:

1. pessoas em situação de rua em geral;

2. pessoas com transtornos mentais;

3. usuários de crack, álcool e outras drogas, incluindo ações de redução de danos, em parceria com equipes de outros pontos de atenção da rede de saúde, como Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Prontos-Socorros, entre outros;

b) equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório: oferece suporte clínico e apoio a esses pontos de atenção, coordenando o cuidado e prestando serviços de atenção à saúde de forma longitudinal e articulada com os outros pontos de atenção da rede; e

III - Centro de Convivência: é unidade pública, articulada às Redes de Atenção à Saúde, em especial à Rede de Atenção Psicossocial, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade.

§ 1º A Unidade Básica de Saúde, de que trata o inciso I deste artigo, como ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede.

§ 2º O Núcleo de Apoio à Saúde da Família, vinculado à Unidade Básica de Saúde, de que trata o inciso I deste artigo, é constituído por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento, que atuam de maneira integrada, sendo responsável por apoiar as Equipes de Saúde da Família, as Equipes de Atenção Básica para populações específicas e equipes da academia da saúde, atuando diretamente no apoio matricial e, quando necessário, no cuidado compartilhado junto às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o Núcleo de Apoio à Saúde da Família está vinculado, incluindo o suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental e aos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas.

§ 3º Quando necessário, a Equipe de Consultório na Rua, de que trata a alínea "a" do inciso II deste artigo, poderá utilizar as instalações das Unidades Básicas de Saúde do território.

§ 4º Os Centros de Convivência, de que trata o inciso III deste artigo, são estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, por meio da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade.

Art. 7º O ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção psicossocial especializada é o Centro de Atenção Psicossocial.

§ 1º O Centro de Atenção Psicossocial de que trata o caput deste artigo é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo.

§ 2º As atividades no Centro de Atenção Psicossocial são realizadas prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes.

§ 3º O cuidado, no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família, e a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do Centro de Atenção Psicossocial ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso.

§ 4º Os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados nas seguintes modalidades:

I - CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes;

II - CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes;

III - CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;

IV - CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;

V - CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes; e

VI - CAPS I: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

Art. 8º São pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção de urgência e emergência o SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde, entre outros

§ 1º Os pontos de atenção de urgência e emergência são responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

§ 2º Os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção de urgência e emergência deverão se articular com os Centros de Atenção Psicossocial, os quais realizam o acolhimento e o cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental, seja ele decorrente ou não do uso de crack, álcool e outras drogas,

devendo nas situações que necessitem de internação ou de serviços residenciais de caráter transitório, articular e coordenar o cuidado.

Art. 9º São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na atenção residencial de caráter transitório os seguintes serviços:

I - Unidade de Acolhimento: oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de vinte e quatro horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até seis meses; e

II - Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas: serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

§ 1º O acolhimento na Unidade de Acolhimento será definido exclusivamente pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial de referência que será responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular do usuário, considerando a hierarquização do cuidado, priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde.

§ 2º As Unidades de Acolhimento estão organizadas nas seguintes modalidades:

I - Unidade de Acolhimento Adulto, destinados a pessoas que fazem uso do crack, álcool e outras drogas, maiores de dezoito anos; e

II - Unidade de Acolhimento Infante-Juvenil, destinadas a adolescentes e jovens (de doze até dezoito anos completos).

§ 3º Os serviços de que trata o inciso II deste artigo funcionam de forma articulada com:

I - a atenção básica, que apoia e reforça o cuidado clínico geral dos seus usuários; e

II - o Centro de Atenção Psicossocial, que é responsável pela indicação do acolhimento, pelo acompanhamento especializado durante este período, pelo planejamento da saída e pelo seguimento do cuidado, bem como pela participação de forma ativa da articulação intersetorial para promover a reinserção do usuário na comunidade.

Art. 10. São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na atenção hospitalar os seguintes serviços:

I - enfermaria especializada para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em Hospital Geral, oferece tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas;

II - serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas oferece suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração, para usuários de álcool e/ou outras drogas, em situações assistenciais que evidenciem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica, sempre respeitadas as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, e sempre acolhendo os pacientes em regime de curtiíssima

ou curta permanência. Funciona em regime integral, durante vinte e quatro horas diárias, nos sete dias da semana, sem interrupção da continuidade entre os turnos.

§ 1º O cuidado ofertado no âmbito da enfermagem especializada em Hospital Geral de que trata o inciso I deste artigo deve estar articulado com o Projeto Terapêutico Individual desenvolvido pelo serviço de referência do usuário e a internação deve ser de curta duração até a estabilidade clínica.

§ 2º O acesso aos leitos na enfermagem especializada em Hospital Geral, de que trata o inciso I deste artigo, deve ser regulado com base em critérios clínicos e de gestão por intermédio do Centro de Atenção Psicossocial de referência e, no caso do usuário acessar a Rede por meio deste ponto de atenção, deve ser providenciado sua vinculação e referência a um Centro de Atenção Psicossocial, que assumirá o caso.

§ 3º A equipe que atua em enfermagem especializada em saúde mental de Hospital Geral, de que trata o inciso I deste artigo, deve ter garantida composição multidisciplinar e modo de funcionamento interdisciplinar.

§ 4º No que se refere ao inciso II deste artigo, em nível local ou regional, compõe a rede hospitalar de retaguarda aos usuários de álcool e outras drogas, observando o território, a lógica da redução de danos e outras premissas e princípios do SUS.

Art. 11. São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial nas Estratégias de Desinstitucionalização os Serviços Residenciais Terapêuticos, que são moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros.

§ 1º O componente Estratégias de Desinstitucionalização é constituído por iniciativas que visam a garantir às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social.

§ 2º O hospital psiquiátrico pode ser acionado para o cuidado das pessoas com transtorno mental nas regiões de saúde enquanto o processo de implantação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial ainda não se apresenta suficiente, devendo estas regiões de saúde priorizar a expansão e qualificação dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para dar continuidade ao processo de substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos.

§ 3º O Programa de Volta para Casa, enquanto estratégia de desinstitucionalização, é uma política pública de inclusão social que visa contribuir e fortalecer o processo de desinstitucionalização, instituída pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que prevê auxílio reabilitação para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência.

Art. 12. O componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial é composto por iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais.

§ 1º As ações de caráter intersetorial destinadas à reabilitação psicossocial, por meio da inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho de pessoas com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/ cooperativas sociais.

§ 2º As iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais de que trata o § 1º deste artigo devem articular sistematicamente as redes de saúde e de economia solidária com os recursos disponíveis no território para garantir a melhoria das condições concretas de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social de usuários da rede e seus familiares.

Art. 13. A operacionalização da implantação da Rede de Atenção Psicossocial se dará pela execução de quatro fases:

I - Fase I - Desenho Regional da Rede de Atenção Psicossocial:

a) realização pelo Colegiado de Gestão Regional (CGR) e pelo Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF), com o apoio da SES, de análise da situação de saúde das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, com dados primários, incluindo dados demográficos e epidemiológicos, dimensionamento da demanda assistencial, dimensionamento da oferta assistencial e análise da situação da regulação, da avaliação e do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte e da auditoria e do controle externo, entre outros;

b) pactuação do Desenho da Rede de Atenção Psicossocial no CGR e no CGSES/DF;

c) elaboração da proposta de Plano de Ação Regional, pactuado no CGR e no CGSES/DF, com a programação da atenção à saúde das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, incluindo as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal e pelos Municípios envolvidos; na sequência, serão elaborados os Planos de Ação Municipais dos Municípios integrantes do CGR;

d) estímulo à instituição do Fórum Rede de Atenção Psicossocial que tem como finalidade a construção de espaços coletivos plurais, heterogêneos e múltiplos para participação cidadã na construção de um novo modelo de atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, mediante o acompanhamento e contribuição na implementação da Rede de Atenção Psicossocial na Região;

II - Fase II - adesão e diagnóstico:

a) apresentação da Rede de Atenção Psicossocial no Estado, Distrito Federal e nos Municípios;

b) apresentação e análise da matriz diagnóstica, conforme o Anexo I a esta Portaria, na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no CGSES/DF e no CGR;

c) homologação da região inicial de implementação da Rede de Atenção Psicossocial na CIB e CGSES/DF;

d) instituição de Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial, formado pela SES, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e apoio institucional do Ministério da Saúde, que terá como atribuições:

1. mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase;
2. apoiar a organização dos processos de trabalho voltados a implantação/implementação da rede;
3. identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase;
4. monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede;

e) contratualização dos Pontos de Atenção;

f) qualificação dos componentes;

III - Fase 3 - Contratualização dos Pontos de Atenção:

a) elaboração do desenho da Rede de Atenção Psicossocial;

b) contratualização pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal ou pelo Município dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial observadas as responsabilidades definidas para cada componente da Rede;

c) instituição do Grupo Condutor Municipal em cada Município que compõe o CGR, com apoio institucional da SES;

IV - Fase 4 - Qualificação dos componentes:

a) realização das ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede, previstas nos arts. 6º ao 12 desta Portaria; e

b) cumprimento das metas relacionadas às ações de atenção à saúde, que deverão ser definidas na matriz diagnóstica para cada componente da Rede serão acompanhadas de acordo com o Plano de Ação Regional e dos Planos de Ações Municipais.

Art. 14. Para operacionalização da Rede de Atenção Psicossocial cabe:

I - à União, por intermédio do Ministério da Saúde, o apoio à implementação, financiamento, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial em todo território nacional;

II - ao Estado, por meio da Secretaria Estadual de Saúde, apoio à implementação, coordenação do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial no território estadual de forma regionalizada; e

III - ao Município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, implementação, coordenação do Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção Psicossocial, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede De Atenção Psicossocial no território municipal.

Art. 15. Os critérios definidos para implantação de cada componente e seu financiamento, por parte da União, serão objetos de normas específicas a serem publicadas pelo Ministério da Saúde.

Art. 16. Fica constituído Grupo de Trabalho Tripartite, coordenado pelo Ministério da Saúde, a ser definido por Portaria específica, para acompanhar, monitorar, avaliar e se necessário, revisar esta Portaria em até cento e oitenta dias.

Art. 17. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ANEXO 6

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO I

MATRIZ DIAGNÓSTICA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

MATRIZ DIAGNÓSTICA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL						
Região:						
Município:						
População:						
TE	COMPONEN	Ponto de Atenção	Necessidade	Existentes	Éficit	Parâmetro
	I. Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde				Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica, de 21 de outubro 2011
		Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas				Consultório na Rua -Portaria que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua
						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

					integralfica por conta das equipes de AB do município.
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família				Conforme orientações da Política Nacional de Atenção Básica - 2011
	Centro de Convivência				
II. Atenção Psicossocial Especializada	Centro de Atenção Psicossocial				
	CAPS I				Municípios ou regiões com pop. acima de 20 mil hab.
	CAPS II				Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS III				Municípios ou regiões com pop. acima de 200 mil hab
	CAPS AD				Municípios ou regiões com pop. acima de 70 mil hab
	CAPS ADIII				Municípios ou regiões com pop. acima de 200 mil hab
	CAPS i				Municípios ou regiões com pop. acima de 150 mil hab
III. Atenção de Urgência e Emergência	UPA / SAMU				Conforme orientações da Portaria da Rede de Atenção às Urgências, de 07 de julho de 2011.
IV. Atenção Residencial de	UA ADULTO				1 UA (com 15 vagas) para

Caráter Transitório					cada 10 leitos de enfermarias especializadas em hospital geral por município.
	UA INFANTO-JUVENIL				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.
	COMUNIDADE TERAPÊUTICA				
V. Atenção Hospitalar	LEITOS				1 leito para cada 23 mil habitantes Portaria nº 1.101/02
	ENFERMARIA ESPECIALIZADA				
VI. Estratégias de	SRT				A depender do nº de municípios

Desinstitucionalização					longamente internados
	PVC				A depender do nº de municípios longamente internados
VII. Reabilitação Psicossocial	AS	COOPERATIV			

(*) Republicada por ter saído, no DOU nº 247, de 26-12-2011, Seção 1, págs. 230/232, com incorreção no original.

(*) Republicada por ter saído, no DOU nº 251, de 30-12-2011, Seção 1, págs. 50/60, com incorreção no original.

(*) Republicada por ter saído, no DOU nº 96, de 21.05.2013, Seção 1, págs. 37/38, com incorreção no original.

ANEXO 7



**Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro**

PORTARIA Nº 1.608, DE 03 DE AGOSTO DE 2004

***Constitui Fórum Nacional
sobre Saúde Mental de Crianças
e Adolescentes.***

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando as determinações da Lei nº 10.216/01 e da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que apontam a necessidade de estender mais eficazmente as iniciativas da reforma psiquiátrica à população infanto-juvenil;

Considerando a elevada prevalência dos transtornos psicossociais entre crianças e adolescentes e a necessidade de ampliação da cobertura assistencial destinada a esse segmento, bem como da realização de um diagnóstico aprofundado das condições de atendimento atualmente oferecidas;

Considerando a existência de importantes setores da sociedade civil e entidades filantrópicas que prestam relevante atendimento nessa área;

Considerando as interfaces que uma política de atenção em saúde mental a crianças e adolescentes apresentam necessariamente com outras políticas públicas, como ação social, direitos humanos, justiça, educação, cultura e outras;

Considerando a experiência bem sucedida da implantação de fóruns intersetoriais de saúde mental de crianças e adolescentes em Estados e municípios brasileiros, bem como as recomendações da Organização Mundial da Saúde no sentido de uma política marcadamente intersetorial;

Considerando as recomendações, da Organização Mundial da Saúde e da Federação Mundial para Saúde Mental, de atenção especial dos governos para a saúde mental da infância e da juventude;

Considerando a grave situação de vulnerabilidade deste segmento em alguns contextos específicos, exigindo iniciativas eficazes de inclusão social; e

Considerando as recomendações oriundas do Grupo de Trabalho sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, criado pela Portaria nº 1946/GM, de 10 de outubro de 2003, resolve:

Art. 1º Constituir Fórum Nacional sobre Saúde Mental da Infância e Juventude, com as seguintes atribuições:

I - funcionar como espaço de articulação intersetorial e discussão permanente sobre as políticas para esta área;

II - estabelecer diretrizes políticas nacionais para o ordenamento do conjunto de práticas que envolvam o campo da atenção à saúde mental infanto-juvenil;

III - promover a integração, a articulação e a interlocução entre as diversas instituições que atuam no campo da atenção à saúde mental dessa população; e

IV - produzir conhecimento e informações que subsidiem as instituições responsáveis pelas políticas públicas nessa área, nos diversos âmbitos de gestão.

Art. 2º O Fórum Nacional sobre Saúde Mental da Infância e Juventude será composto por representantes das seguintes instâncias:

I - Área Técnica de Saúde Mental - DAPE/SAS, que o coordenará;

II - Área Técnica de Saúde Mental – Política de Álcool e Outras Drogas - DAPE/SAS;

III - Área Técnica de Saúde da Criança - DAPE/SAS;

IV - Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem - DAPE/SAS;

V - Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência - DAPE/SAS;

VI - Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - SAS;

VII - Departamento de Atenção Básica - SAS;

VIII - Programa Nacional de DST/AIDS/SVS;

IX - Representantes dos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil, sendo um representante por região brasileira;

X - Fórum Nacional de Coordenadores de Saúde Mental;

XI - Representantes de Coordenadores de Saúde Mental, sendo um representante por região brasileira;

XII - Conselho Nacional de Saúde;

XIII - Ministério da Justiça;

XIV - Ministério da Educação;

XV - Ministério da Cultura;

XVI - Ministério dos Esportes;

XVII - Conselho Nacional de Procuradores -Promotoria de Defesa à Saúde, do Ministério Público;

XVIII - Associação de Magistrados e Promotores de Justiça da Infância e Juventude;

XIX - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome;

XX - Secretaria Especial de Direitos humanos - SEDH/PR;

XXI – Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente - CONANDA/SEDH/PR;

XXII - Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - CORDE/SEDH/PR;

XXIII - Federação Brasileira de Entidades para Excepcionais - FEBIEX;

XXIV - Federação Nacional das APAES;

XXV - Federação Nacional das Instituições Pestalozzi;

XXVI - Associação Brasileira de Autismo;

XXVII - Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal;

XXVIII - Comissão de Seguridade Social e Saúde da Câmara dos Deputados;

XXIX - Associação Juízes para a Democracia - AJD;

XXX - Fórum Nacional de Conselheiros Tutelares;

XXXI - Associação Brasileira de Neurologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência - ABENEPI; e

XXXII - Dois representantes de Movimentos Nacionais de Crianças e Jovens, a serem definidos na primeira reunião deste Fórum.

Parágrafo único. As representações terão assento permanente no fórum, o qual poderá convocar a participação de outros segmentos representativos e de convidados.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.