

**FACULDADE DE PATOS DE MINAS
CURSO DE ENFERMAGEM**

MARISA APARECIDA DE SOUZA

**A IMPORTÂNCIA DO BINÔMIO ATENÇÃO PRIMÁRIA
E SAÚDE MENTAL**

**PATOS DE MINAS
2010**

MARISA APARECIDA DE SOUZA

**A IMPORTÂNCIA DO BINÔMIO ATENÇÃO PRIMÁRIA
E SAÚDE MENTAL**

Monografia apresentada à Faculdade de Patos de Minas como requisito parcial para conclusão do Curso de Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Esp. Vânia Cristina Alves Cunha

**PATOS DE MINAS
2010**

616.89 SOUZA, Marisa Aparecida de.

S 719 i A Importância do Binômio Atenção Primária e Saúde
Mental / Marisa Aparecida de Souza.-Patos de Minas, 2010. 56p

Monografia – Faculdade Patos de Minas – FPM

Orientadora: Prof. Esp. Vânia Cristina Alves Cunha

1 Saúde Mental. 2 Reforma Psiquiátrica. 3 SUS. 4 Atenção Básica

Fonte: Faculdade Patos de Minas – FPM

MARISA APARECIDA DE SOUZA

A IMPORTÂNCIA DO BINÔMIO ATENÇÃO PRIMÁRIA E SAÚDE MENTAL

Monografia Aprovada em _____ de _____ de _____ pela comissão examinadora constituída pelos professores:

Orientadora: _____
Profª. Esp. Vânia Cristina Alves Cunha
Faculdade de Patos de Minas - FPM

Examinador: _____
Profª. Esp. Gilmar Antoniassi Júnior
Faculdade de Patos de Minas - FPM

Examinador: _____
Prof. Esp. José Henrique Nunes Borges de Andrade
Faculdade de Patos de Minas - FPM

Examinador: _____
Prof. Ms. Diego Oliveira Miranda
Faculdade de Patos de Minas - FPM

A todos os estudantes da área da saúde, em especial aqueles que como eu são apaixonados pela saúde mental

Aos meus pais: Otacílio e Elza pelo carinho dispensado a mim;
Aos meus irmãos: Elzair, Celso, Levanir, Vanete, César e Marine, pelo companheirismo;
Ao meu Marido Gilberto, pela cumplicidade;
Aos meus Filhos: Gustavo e Giovana, pela compreensão;
A professora orientadora Vânia e a professora de TCC Luciana, pela paciência;
Aos meus amigos pelo incentivo sempre;
As minhas chefes e colegas de serviço pela ajuda e colaboração;
Aos meus colegas de curso, pelos momentos de coleguismos em sala de aula.

A única diferença entre a loucura e a saúde mental é que a primeira é muito mais comum.

Millôr Fernandes

RESUMO

Desde a antiguidade a doença mental é considerada uma das piores formas de sofrimento humano, deixando as pessoas à margem do processo produtivo e do convívio social. Contudo, esse fato vem sofrendo grandes mudanças desde que iniciou, em todo, o mundo a reforma psiquiátrica, fruto da maturidade teórica e política em relação à matéria e do alcance devido à conscientização da sociedade civil organizada. O presente estudo teve como objetivo demonstrar a importância do binômio atenção básica e saúde mental, a partir da reforma psiquiátrica brasileira. A metodologia utilizada para a construção do tema teve como base a pesquisa científica, onde se utilizou o método bibliográfico/web bibliográfico, efetuou-se leitura e análise de materiais concernentes ao tema, foram analisados livros, revistas, documentos eletrônicos, através dos quais foi possível trazer ao estudo dados comparativos que puderam auxiliar na construção do texto. Esse estudo traz breves considerações acerca da Reforma Psiquiátrica, ao demonstrar que nas décadas de 70 e 80 a Organização Mundial da Saúde reconheceu que os problemas relacionados à saúde mental eram questão de grande importância, bem como admitiu que os cuidados a serem dispensados aos doentes mentais, não poderiam ficar exclusivamente a cargo dos especialistas da área. Ao observar que as pessoas com problemas mentais necessitam de tratamento igualitário aos demais pacientes atendidos nas unidades de saúde, deve os profissionais de saúde proporcionar a mesma assistência digna, de qualidade, com resolutividade e de inclusão social, pois a doença mental é uma patologia que exige solidariedade humana, desprendimento, destemor, capacidades de absorção, de produção de sentimentos de cooperação e de integração social. Assim, o correto tratamento do paciente portador de doença mental somente é possível se existir o compartilhamento de informações entre a equipe de saúde mental e os familiares, pois trata-se de uma co-responsabilização entre as partes onde poderão estabelecer o tratamento através de discussões conjuntas e de intervenções integradas. Portanto, a inclusão social dos portadores de transtornos mentais somente é possível se houver uma preparação da comunidade, através da reconstrução de vínculos, da desmitificação da periculosidade e da incapacidade do portador de transtorno mental de viver em sociedade, e da constante participação da família no tratamento do portador de transtornos mentais.

Palavras-chave: Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica. SUS. Atenção Básica.

ABSTRACT

Since ancient times mental disease has been considered one of the worst forms of human suffering, excluding people from the productive process and from social coexistence. However, this fact has been undergoing great changes since the psychiatric reform began in the entire world, fruit of theoretic and political maturity in relation to the subject and of the understanding through consciousness-raising of organized civil society. The objective of the present study was to demonstrate the binomial importance of basic attention and mental health, based on the Brazilian psychiatric reform. Scientific research was the methodology used for the development of the theme, making use of the bibliographic method. Reading and analysis of material concerning the theme was effectuated; books, magazines, electronic documents were analyzed, through which comparative data was collected that aided in the development of this research. This study briefly deliberates the Psychiatric Reform as it demonstrates that in the 70s and 80s the World Health Organization recognized that problems related to mental health were a matter of great importance, as well as admitted that the care given to mental patients couldn't be exclusively the work of specialists in the field. Through the observation that people with mental problems need egalitarian treatment to all other patients treated in health institutions, the health professional must provide the same worthy, quality assistance, achieving results and providing social inclusion, since mental disease is a pathology that requires human solidarity, fearlessness, capacity to produce feelings of cooperation and social integration. Thus, the right treatment of the patient afflicted with mental disease is only possible if the sharing of information between the mental health team and the family exists, as it is a shared responsibility between the parts that will be able to establish a treatment through discussions and integrated interventions. Therefore, social inclusion of people with mental disturbance is possible if there is a collaboration with the community, through the rebuilding of bonds, the demystification of danger, and by undoing the idea that the person with mental disturbance is incapable of living in society, as well as the need for constant participation of the family in the treatment of the individual with mental disturbance.

Keywords: Mental Health. Psychiatric Reform. SUS. Primary Care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Características, atividades e Recursos Humanos CAPSI	47
Tabela 2: Características, atividades e Recursos Humanos CAPSII	50
Tabela 3: Características, atividades e Recursos Humanos CAPSIII	51

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- CAPS - Centros de Atenção Psicossocial
- CF/88 - Constituição Federal de 1988
- DINSAM - Divisão Nacional de Saúde Mental
- ESF - Estratégia de Saúde da Família
- MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
- OMS - Organização Mundial da Saúde
- OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
- PPA - Plano de Pronto Ação
- PSF - Programa Saúde da Família
- SRT - Serviços Residenciais Terapêuticos
- SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 REFORMA PSIQUIÁTRICA	14
1.1 Histórico da Reforma Psiquiátrica	15
1.2 Princípios da Reforma Psiquiátrica	19
1.3 Aspectos importantes acerca da Lei Nacional de Proteção dos Direitos das Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais (Lei Paulo Delgado) ...	20
2 SAÚDE MENTAL E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	22
2.1 Rede de atenção de base comunitária	23
2.1.1 Os Centros de Atenção Psicossocial.....	24
2.1.2 As Residências Terapêuticas	26
2.1.3 Os Ambulatórios de Saúde Mental	27
2.1.4 Os Centros de Convivência e Cultura.....	28
2.1.5 Saúde mental na atenção básica: as Equipes Matriciais de Referência.....	30
2.1.6 Hospitais-Dia	31
3 IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE E DOS FAMILIARES NO TRATAMENTO DA PESSOA PORTADORA DE DOENÇA MENTAL	32
3.1 Papel da Sociedade no Tratamento dos Portadores de Transtornos Mentais: uma sociedade inclusivista	33
3.2 Importância da Participação da Família no Tratamento dos Portadores de Transtornos Mentais	35
CONCLUSÃO	39
REFERÊNCIAS	42
ANEXOS	47

INTRODUÇÃO

A doença mental é uma das formas de sofrimento humano que mais tem deixado pessoas à margem do processo produtivo e do convívio social. É considerada como um processo de exclusão ativo. Não há evolução da doença mental desconectada do contexto onde o problema surge e da maneira como ele é enfrentado. Invariavelmente, pelo mundo afora, os portadores de distúrbios mentais são submetidos à miséria, ao abandono e ao desamparo.

Durante a segunda metade do século XX, a assistência psiquiátrica passou e vem passando por profundas mudanças nos países ocidentais, inclusive o Brasil. Tais mudanças culminaram na reforma psiquiátrica em vários países do mundo, determinando o surgimento de um novo paradigma científico e novas práticas de assistência em saúde mental.

Em vários países do mundo, nas Reformas Psiquiátricas que se sedimentam sobre os pressupostos da desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos e da consolidação de bases territoriais do cuidado em saúde mental, a ênfase é atribuída a uma rede de cuidados que contemple a atenção básica, ou primária. (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007, p. 2375)

No Brasil o fenômeno é recente, manifestado no contexto descentralizado do Sistema Único de Saúde (SUS), “passando de um modelo assistencial centrado na doença para um modelo de atenção integral à saúde, em que haja a incorporação progressiva de ações de promoção da saúde, prevenção das doenças e a recuperação” (BÜCHELE et al., 2006, p. 227).

Diante do exposto anteriormente, fez-se necessário o estudo deste tema, tendo em vista as mudanças na forma como os serviços são prestados e também a forma como enfatizam a importância da atenção primária como um ajuste para saúde mental. Nos últimos 30 anos, o número de leitos hospitalares disponíveis para pessoas com doença mental tem diminuído.

Ademais, a família, os amigos e grupos da comunidade também são peças fundamentais no apoio as pessoas com uma ampla gama de transtornos mentais. Assim existe a necessidade de comunicação uns entre os outros, além de que eles precisam respeitar-se mutuamente.

O presente estudo teve como objetivo demonstrar a importância do binômio

atenção primária e saúde mental, a partir da reforma psiquiátrica brasileira.

A metodologia utilizada para a construção do tema teve como base a pesquisa científica, onde se utilizou revisão bibliográfica em diversos artigos com efetiva leitura de materiais concernentes ao tema, tais como livros, revistas, e documentos eletrônicos, através dos quais foi possível descrever ao estudo dados relativos que puderam auxiliar na construção do texto.

Esse estudo menciona breves considerações acerca da Reforma Psiquiátrica, ao demonstrar que nas décadas de 70 e 80 a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu que os problemas relacionados à saúde mental eram uma questão de grande importância, bem como admitiu que os cuidados a serem dispensados aos doentes mentais, não poderiam ficar exclusivamente a cargo dos especialistas da área.

A descrição da saúde mental e o sistema único de saúde, esclarece que até a promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988, que estabeleceu em seu artigo 196 que a “saúde é direito de todos e dever do Estado” estabelecendo a história da atenção à saúde no Brasil encontrava-se voltada na prestação de serviços médicos individuais, com enfoque curativo. A Carta Magna garantiu mediante políticas sociais e econômicas que visavam à redução do risco de doença e de outros agravos, ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação; sujeitou o Ministério da Saúde a ampliar o conceito de saúde, para assim tentar reverter o modelo assistencial, até então praticado, em modelo de atenção integral à saúde, o qual atende a imposição da CF/88, com a incorporação progressiva de ações de promoção da saúde, prevenção das doenças e a recuperação (BÜCHELE et al., 2006).

No entanto, estudou-se a importância da participação da sociedade e dos familiares no tratamento da pessoa portadora de doença mental, nessa parte do estudo descreveu-se que para alcançar um tratamento de qualidade é de fundamental importância a integração dos seguintes instrumentos: “[...] a estrutura física; os medicamentos; as internações; as visitas dos familiares; a contenção física, se necessária; os materiais e o saber clínico.” (CAMPOS; SOARES, 2003, p. 624).

1 REFORMA PSIQUIÁTRICA

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu, nas décadas de 70 e 80, que os problemas relacionados à saúde mental eram questões de grande importância, bem como admitiu que os cuidados a serem dispensados aos doentes mentais, não poderiam ficar exclusivamente a cargo dos especialistas da área. Com esse reconhecimento, a OMS, abriu precedentes para a descentralização dos serviços existentes, onde priorizou a integração de serviços psiquiátricos em unidades de cuidados gerais e incentivou a formação de cuidadores não especializados e o aumento da participação da comunidade (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

Nesse contexto é que em 1977, durante a 30ª Assembléia Mundial de Saúde, ficou decidido que a OMS, através de seu Diretor Geral, deveria reforçar a legislação sanitária para ajudar os Estados Membros, para assim colocar em prática os melhores meios de difusão da informação legislativa nos Estados Membros objetivando inspirar a formulação ou a revisão de textos de leis relativos à saúde. Tal decisão provocou a manifestação da 33ª Assembléia Mundial de Saúde, a qual ocorreu em 1980, durante sua 17ª Sessão Plenária, para que o Diretor Geral elaborasse um programa detalhado de cooperação técnica e de transferência de informação em matéria de legislação sanitária. Como consequências dessas recomendações, foi criado, pelo Escritório Regional para a Europa da OMS, um Comitê Consultivo de Legislação Sanitária. Esse comitê através de um estudo detalhado da situação européia concernente aos programas e meios de formação em direito e legislação sanitária descobriu que existiam de inúmeros cursos, tanto em escolas de formação médica como jurídicas e mesmo em institutos de nível superior agregado ou não às Universidades (FLEURY, 1997).

Nunes, Jucá e Valentim (2007, p. 375-376) ao escreverem sobre a Reforma Psiquiátrica, afirmaram que:

No Brasil, essas idéias passam a ser incorporadas e veiculadas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que nasceu no bojo da Reforma Sanitária, tendo guardado consigo princípios e diretrizes que orientam esta última, em especial a universalidade, integralidade, descentralização e participação popular. Ao longo do seu

desenvolvimento, que segue um curso particular e nem sempre coincidente com aquele da Reforma Sanitária, esforços foram mais ou menos dirigidos na perspectiva de recuperar esse sentido original, sobretudo no que tange à constituição de uma rede integrada de assistência ao portador de transtorno mental.

A reforma psiquiátrica iniciou-se em vários países do mundo e apresentou como pressuposto a idéia de retirar os pacientes psiquiátricos da institucionalização e consolidar o cuidado em saúde mental (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007). No Brasil, esta reforma pode ser considerada um movimento histórico, o qual apresentou caráter político, social e econômico e foi influenciado pela ideologia de grupos dominantes (GONÇALVES; SENA, 2001).

Importante destacar que os modelos Franceses, estatizante de setor e o modelo Italiano, socializante, foram os pioneiros da reforma psiquiátrica. A psicoterapia institucional francesa, do Hospital La Borde, no Vale do Loire, suscitou debates relevantes sobre a nova clínica da atenção psicossocial. Já a psiquiatria democrática italiana, que teve sua origem em Trieste, com Franco Basaglia, teve desdobramentos em grande parte da Itália e em diversos lugares do mundo (PASSOS, 2009).

A reforma psiquiátrica hoje estabelecida é fruto de uma extensão de maturidade teórica e política em relação à matéria e somente teve alcance devido a uma grande conscientização da sociedade civil organizada (GONÇALVES; SENA, 2001).

1.1 Histórico da Reforma Psiquiátrica

A história da reforma psiquiátrica tem seu início nos anos 60 em virtude de um movimento contestador que discutia a aplicação de propostas alternativas em relação aos manicômios, esse movimento era chamado de antipsiquiátrico (ANTUNES; QUEIROZ, 2007).

Vale ressaltar que a primeira legislação referente à assistência psiquiátrica no Brasil foi estabelecida no ano de 1903 através do Decreto n.º 1.132 que tinha como o objetivo estimular a construção de asilos estaduais e a

proibição definitiva do cerceamento de doentes mentais em prisões e determinava a humanização dos tratamentos, ao menos nos parâmetros do pensamento da época. Assim, devido às modificações impostas pelo governo provisório de Getúlio Vargas, a assistência psiquiátrica teve um retrocesso, onde o Decreto n.º 24.559 de 1934 revogou o Decreto n.º 1.132 propondo a hospitalização e o asilo do doente mental, visando atender, sobretudo, a segurança da ordem e da moral pública (GONÇALVES; SENA, 2001).

O Ministério da Saúde, por intermédio da DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental), expediu a Portaria Nº 32 em janeiro de 1974 que tinha como objetivo definir e preconizar os princípios doutrinários da psiquiatria comunitária. Assim, não foi provida, mas a Portaria Nº 39 de setembro do mesmo ano, conhecida como Plano de Pronta Ação (PPA) teve outro destino, que estabeleceu que o PPA apresentasse como principal resolução a desburocratização da assistência das emergências, tanto para os segurados da Previdência quanto para seus dependentes, totalizando uma cobertura em cerca de 80% da população urbana (PAULIN; TURATO, 2004).

Ainda de acordo com os mesmos autores supracitados, foi somente dois anos depois, em 1978 que surgiu o Movimento da Reforma Psiquiátrica, nascido no contexto da crise da DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental), em que os profissionais da área denunciavam as péssimas condições da maioria dos hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro e vários foram demitidos. Esse fator desencadeou a formação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, embrião de todo um processo de reflexões teóricas e práticas inicialmente alternativas no campo da assistência psiquiátrica.

[...] iniciou-se um processo de crítica ao modelo hospitalocêntrico de assistência ao doente psiquiátrico e a definição de estratégias e rumos na implementação da Reforma Psiquiátrica, a qual efetivamente teve sua implantação e expansão a partir dos anos 80 (ANDRADE; PEDRÃO, 2005, p. 738).

Formado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) através da união entre os trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas surge

uma série de denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma organização particular de assistência e a edificar coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico nas ações de atendimentos às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

A Reforma Psiquiátrica é acentuada como um processo histórico de formulação crítica e prática. Visa como objetivos e estratégias, o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria (BÜCHELE et al., 2006).

A Reforma Psiquiátrica preconiza a mudança dos modelos de atenção e gerência dos métodos de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços e o poder dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias do cuidado (BRASIL, 2005).

No início dos anos 80 inicia-se o programa de movimento sanitário à gestão efetiva dos serviços e das políticas públicas, isso se deu por meio da vitória oposicionista na eleição de Tancredo Neves e José Sarney para a presidência da República, afinal, nesse período o movimento sanitário se confundia com o próprio Estado (TENORIO, 2002).

O movimento tinha como pressuposto a retirada dos pacientes psiquiátricos da institucionalização, também chamada de desinstitucionalização. Dessa forma, como bem lembra Gonçalves e Sena (2001, p. 1):

[...] o conceito defendido pela reforma, a desinstitucionalização não se restringe à substituição do hospital por um aparato de cuidados externos envolvendo prioritariamente questões de caráter técnico-administrativo-assistencial como a aplicação de recursos na criação de serviços substitutivos. Envolve questões do campo jurídico-político e sociocultural. Exige que, de fato haja um deslocamento das práticas psiquiátricas para práticas de cuidado realizadas na comunidade.

No dias atuais, a reforma psiquiátrica faz parte das políticas de saúde, principalmente em âmbito municipal. Tal feito foi enraizado após a criação do SUS pela Constituição Federal de 1988 onde a universalização do acesso aos serviços de saúde, a integralidade da atenção, a equidade e a hierarquização dos serviços passaram a serem fatores essenciais para a determinação das

diretrizes e dos princípios da reforma psiquiátrica (ANTUNES; QUEIROZ, 2007).

Veja o disposto no artigo 198 da Constituição Federal:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

No ano de 1989, o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país deu entrada no Congresso Nacional, iniciando a luta do movimento da Reforma Psiquiátrica no campo legislativo. Esse Projeto de Lei propõe a extinção progressiva do modelo psiquiátrico clássico, com sua substituição por outras modalidades assistenciais (ANTUNES; QUEIROZ, 2007).

Na década de 90, em virtude dos compromissos firmados pelo Brasil na Declaração de Caracas e na II Conferência Nacional de Saúde Mental, entram em vigor as primeiras normas que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental em vários estados brasileiros (BRASIL, 2005).

Em dezembro de 2001 foi realizada em Brasília a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que em seu processo de realização e no teor de suas deliberações, condensadas em Relatório Final, foram pactuados democraticamente os princípios, diretrizes e estratégias para a mudança da atenção em saúde mental no Brasil. Esta Conferência consolidou a Reforma Psiquiátrica como política de governo, conferiu aos CAPS valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defendeu a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas e estabeleceu o controle social como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil. No entanto, deve-se ressaltar que foi a III Conferência Nacional de Saúde Mental, através da ampla participação dos movimentos sociais, de usuários e de seus familiares, que forneceu os substratos políticos e teóricos para a política de saúde mental no Brasil (BRASIL, 2005).

1.2 Princípios da Reforma Psiquiátrica

Durante o I Congresso Brasileiro de Psiquiatria, promovido pela Associação Brasileira de Psiquiatria em 1970 foi lançada a Declaração dos Princípios de Saúde Mental que apresentava 10 itens, quais sejam: Direito e Responsabilidade; Integração; A doença mental; Reorganização; Recursos de todos para todos; Prevenção; Conscientização; Formação de Pessoal; Hospital Comunitário; Serviços extra hospitalares e Pesquisa. Tais Princípios são descritos pelos autores Paulin e Turato (2004, p. 248-249) de forma clara e objetiva que podem constatar a seguir:

- 01 - Direito e Responsabilidade: A saúde mental é um direito do povo. A assistência ao doente mental é responsabilidade da sociedade.
- 02 - Integração: A doença mental, fazendo parte do ciclo vital da saúde e doença, impõe que os serviços de assistência psiquiátrica modelados às necessidades do indivíduo, se insiram e se integrem na rede de recursos de saúde da comunidade.
- 03 - Reorganização: A integração dos fatores físicos, psicológicos e sociais na gênese e na eclosão das doenças mentais, na terapêutica e na recuperação dos doentes mentais, é elemento importante na caracterização das necessidades regionais, na mobilização de recursos e na implantação de serviços.
- 04 - Recursos de todos para todos: Os recursos técnicos, administrativos e financeiros da saúde mental da comunidade devem ser integrados e estruturados de modo a oferecer o uso racional e global a todos os indivíduos e grupos.
- 05 - Prevenção: Os serviços de saúde mental devem promover a proteção e a assistência ao homem, desde o nascimento, e serem orientados no sentido preventivo.
- 06 - Conscientização: A educação do público, seja através da escola, seja através dos veículos de comunicação, deve ser efetivada no sentido de seu esclarecimento a respeito das doenças mentais e de sua assistência.
- 07 - Formação de Pessoal: Programas de recrutamento, formação e treinamento de pessoal técnico devem ser mantidos para a formação de equipes terapêuticas multiprofissionais.
- 08 - Hospital Comunitário: Os hospitais devem ser reestruturados no sentido de promover a pronta reintegração social do indivíduo, oferecendo-lhe serviços diversificados e um ambiente terapêutico dinamicamente comunitário, como medida eficaz contra a institucionalização.
- 09 - Serviços extra hospitalares: As técnicas e recursos terapêuticos de orientação comunitária devem ser enfatizadas para que se evite o uso abusivo do leito hospitalar.
- 10 - Pesquisa: As pesquisas básicas e, sobretudo as aplicadas fundamentalmente para o continuo aperfeiçoamento da técnica, devem ser estimuladas por todos os meios.

Somente com a promulgação da Constituição de 1988 que foram

instituídos os princípios do Movimento da Reforma Sanitária, já apresentados na 8ª Conferência Nacional de Saúde, o Sistema Único de Saúde - SUS (CAMPOS; FURTADO; MARÇAL, 2007).

Em 1990 foi promulgada a Lei n.º 8.080 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, onde foram estipulados os princípios do Sistema Único de Saúde brasileiro em seu artigo 7º, invocando a universalidade, a integralidade e a igualdade da assistência.

Os princípios ideológicos ou doutrinários do Sistema Único de Saúde são os princípios da universalidade, integralidade e da equidade, já os princípios organizacionais são os princípios da descentralização, da regionalização e da hierarquização. Não está claro qual seria a classificação do princípio da participação popular. As ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento (BRASIL, 2003).

Deve-se considerar que os princípios fundamentais da saúde mental devem estar articulados com a atenção básica da saúde, estes princípios são a noção de território, a organização da atenção à saúde mental em rede, a intersetorialidade; a reabilitação psicossocial, a multiprofissionalidade ou interdisciplinaridade, a desinstitucionalização, a promoção da cidadania dos usuários e a construção da autonomia possível de usuários e familiares (BRASIL, 2003).

1.3 Aspectos importantes acerca da Lei Nacional de Proteção dos Direitos das Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais (Lei Paulo Delgado)

Em 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional a Lei Federal nº 10.216 defendida por Paulo Delgado foi sancionada com modificações importantes no texto normativo. A promulgação da Lei impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil (BRASIL, 2005).

A Lei nº 10.216 assegura as pessoas portadoras de transtornos mentais os direitos e a proteção sem qualquer forma de discriminação. O parágrafo único do artigo 2º determina seus direitos.

Art. 2º

[...]

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.

A presente Lei proíbe a construção de novos hospitais psiquiátricos e a contratação pelo serviço público de leitos e unidades particulares deste tipo. A internação só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (ANTUNES; QUEIROZ, 2007), conforme o disposto no parágrafo 3º do artigo 4º da lei nº 10.216:

§ 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.

Estabelece ainda que, os tratamentos devem ser realizados, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental e, como finalidade primordial, procura a reinserção social do doente mental em seu meio. Daí a importância de se estudar adiante a saúde mental e o sistema único de saúde.

2 SAÚDE METAL E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A história da atenção à saúde no Brasil encontra-se voltada para a prestação de serviços médicos individuais, com enfoque curativo, a partir da procura espontânea dos serviços. A Constituição Federal de 1988 (CF/88), ao afirmar em seu artigo 196 que a “saúde é direito de todos e dever do Estado”, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, sujeitou o Ministério da Saúde a ampliar o conceito de saúde, para assim tentar reverter o modelo assistencial, até então praticado, em modelo de atenção integral à saúde, o qual atende a imposição da CF/88, com a incorporação progressiva de ações de promoção da saúde, prevenção das doenças e a recuperação (BÜCHELE et al., 2006). Esses autores esclarecem, ainda, que:

O Sistema Único de Saúde (SUS), sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo federal, estadual e municipal, passa a ser um sistema que significa um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum. Nesse sentido, a atenção básica tem sido uma denominação adotada no país como um conjunto de ações de saúde que englobam estratégias de intervenção de promoção da saúde, prevenção de doenças, agravos e atenção curativa. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, em equipes dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assumem responsabilidade (BÜCHELE et al. 2006, p. 227).

Diante disso, o Ministério da Saúde, desenvolveu o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente Estratégia de Saúde da Família (ESF), em que é meta organizar os serviços de saúde, através da atenção básica de saúde no SUS, objetivando com isso reorganizar a prática assistencial com novas bases e critérios, e conseqüentemente substituir o modelo assistencial vigente.

A Estratégia de Saúde da Família surge como um contexto favorável às mudanças na atenção à saúde mental, tendo como princípios desta articulação a noção de território; organização da atenção a saúde mental em rede; intersetorialidade; reabilitação psicossocial; multiprofissionalidade / interdisciplinaridade; desinstitucionalização; promoção e construção da cidadania possível de usuários e familiares; o estabelecimento de vínculos e acolhimento (GALERA, 2008).

Dessa forma, sobre a Estratégia Saúde da Família, o Ministério da Saúde, esclarece que:

O desenvolvimento da estratégia Saúde da Família nos últimos anos e dos novos serviços substitutivos em saúde mental – especialmente os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – marcam um progresso indiscutível da política do SUS. Esse avanço na resolução dos problemas de saúde da população por meio da vinculação com equipes, e do aumento de resolutividade propiciado pelos serviços substitutivos em crescente expansão, não significa, contudo, que tenhamos chegado a uma situação ideal, do ponto de vista da melhoria da atenção (BRASIL, 2003, p. 2).

Ressalta-se que a pessoa com problemas mentais necessita ser tratada igualmente aos outros pacientes atendidos nas unidades de saúde, ou seja, que os profissionais de saúde proporcionem a mesma assistência digna, de qualidade, com resolutividade e inclusão social.

Ademais, é preciso compreender que a doença mental é uma patologia que exige solidariedade humana, desprendimento, destemor, capacidades de absorção, de produção de sentimentos de cooperação e de integração social. Frente a estes questionamentos, observa-se que “[...] a atenção integral em saúde mental deve propor um conjunto de dispositivos sanitários e socioculturais que partam de uma visão integral das várias dimensões da vida do indivíduo, em diferentes e múltiplos âmbitos de intervenções: educativo, assistencial e de reabilitação.” (BÜCHELE et al., 2006, p. 227).

2.1 Rede de atenção de base comunitária

A Constituição em 1988 criou o SUS e estabeleceu as condições institucionais para a implantação de novas políticas de saúde, entre as quais a de saúde mental. Assim, constata-se que a rede de atenção à saúde mental é parte integrante do SUS, conforme pode-se averiguar abaixo:

A rede de atenção à saúde mental brasileira é parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), rede organizada de ações e serviços públicos de saúde, instituída no Brasil por Lei Federal na década de 90. O SUS regula e organiza em todo o território nacional as ações e serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, em níveis de complexidade crescente, tendo direção única em cada esfera de governo: federal, municipal e estadual (BRASIL, 2005, p. 24).

Na década de 90 o Ministério da Saúde, definiu uma nova política de saúde mental que redireciona paulatinamente os recursos da assistência psiquiátrica para um modelo substitutivo, baseado em serviços de base comunitária, estando esta baseada nas diversas experiências de reforma da assistência psiquiátrica do mundo ocidental e nas recomendações da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), contidas na Carta de Caracas (DECLARAÇÃO DE CARACAS, 1990).

Com essa atitude passou-se a incentivar a criação de serviços em saúde mental públicos e territorializados, ao mesmo tempo em que se determina a implantação de critérios mínimos de adequação e humanização do ambiente hospitalar especializado. Contudo, o Relatório de Gestão 2003-2006 sobre saúde mental no SUS afirma que:

A articulação de uma rede de atenção à saúde mental de base comunitária foi um dos principais desafios desta gestão. Somente uma rede, com seu potencial de construção coletiva de soluções, é capaz de fazer face à complexidade das demandas e de garantir a resolutividade e a promoção de autonomia e cidadania às pessoas com transtornos mentais. A rede de saúde mental é complexa, diversificada, de base territorial, e deve constituir-se como um conjunto vivo e concreto de referências para o usuário dos serviços (BRASIL, 2007a, p. 11).

Diante dessa temática, a saúde mental passa-se a destacar entre os principais avanços conquistados na construção de uma atenção em rede e de base comunitária em saúde mental no SUS. Segundo o Ministério da Saúde a rede de atenção à saúde mental é composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais (BRASIL, 2005).

2.1.1 Os Centros de Atenção Psicossocial

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são espaços de criatividade, construção de vida, novos saberes. Neles as pessoas portadoras de transtornos mentais são acolhidas e cuidadas.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são unidades de atendimento intensivo e diário aos portadores de sofrimento psíquico grave, constituindo uma alternativa ao modelo centrado no hospital psiquiátrico, caracterizado

por internações de longa permanência e regime asilar. Os Centros de Atenção, ao contrário, permitem que os usuários permaneçam junto às suas famílias e comunidades (MELO, 2008, p. 1).

Neste contexto, observa-se que os CAPS têm como objetivo oferecer atendimento à população, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Segundo o Ministério da Saúde os CAPS têm como função: prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando as internações em hospitais psiquiátricos; acolher e atender as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação; dar suporte a atenção à saúde mental na rede básica; organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios; articular estrategicamente a rede e a política de saúde mental num determinado território e; promover a reinserção social do indivíduo através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004).

Ressalta-se que os CAPS configuram-se como serviços comunitários, ambulatoriais e regionalizados nos quais os pacientes deverão receber consultas médicas, atendimentos terapêuticos individuais e/ou grupais, participar de ateliês abertos, de atividades lúdicas e recreativas promovidas pelos profissionais do serviço de maneira intensiva, semi-intensiva, não-intensiva, articuladas em torno de um projeto terapêutico individualizado que deverá contemplar o tratamento, a reabilitação psicossocial e também iniciativas extensivas aos familiares e às questões de ordem social presentes no cotidiano dos usuários (ONOCKO-CAMPOS, 2006).

O CAPS foi instituído pela Portaria n.º 336/GM de 19 de fevereiro de 2002. Tal portaria estabelece em seu artigo 1º que os CAPS “[...] 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.” As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental. Cada modalidade de CAPS apresenta características diferentes,

sendo que essas diferentes características estão amplamente discriminadas no artigo 4º da Portaria, as quais estão apresentadas nas tabelas anexas ao presente estudo.

2.1.2 As Residências Terapêuticas

As Residências Terapêuticas são casas, locais de moradia, destinadas a pessoas com transtornos mentais que permaneceram em longas internações psiquiátricas e estão impossibilitadas de retornar às suas famílias de origem, ou seja, pessoas que não possuam suporte social e laços familiares e, que pela moradia em Residência Terapêutica, a viabilização seria a inserção social (BRASIL, 2000).

As Residências Terapêuticas foram criadas pela Portaria/GM nº 106 de fevereiro de 2000. Para a sua criação o Ministro de Estado da Saúde, considerou: a necessidade da reestruturação do modelo de atenção ao portador de transtornos mentais, no âmbito do SUS; a necessidade de garantir uma assistência integral em saúde mental e eficaz para a reabilitação psicossocial; a necessidade da humanização do atendimento psiquiátrico no âmbito do SUS, visando à reintegração social do usuário e a necessidade de implementação de políticas de melhoria de qualidade da assistência à saúde mental, objetivando a redução das internações em hospitais psiquiátricos.

Segundo o artigo 3º da Portaria/GM nº 106 as casas terapêuticas devem:

Art. 3.º [...]:

Garantir assistência aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradia;

Atuar como unidade de suporte destinada, prioritariamente, aos portadores de transtornos mentais submetidos a tratamento psiquiátrico em regime hospitalar prolongado;

Promover a reinserção desta clientela à vida comunitária.

Tais casas são mantidas com recursos financeiros anteriormente destinados aos leitos psiquiátricos. Assim, para cada morador de hospital psiquiátrico transferido para a residência terapêutica, o número de leitos psiquiátricos correspondente a este paciente, deve ser descredenciado do SUS e os recursos

financeiros que os mantinham devem ser realocados para os fundos financeiros do estado ou do município para fins de manutenção dos Serviços Residenciais Terapêuticos (BRASIL, 2004).

As residências terapêuticas são alternativas de moradia para pessoas internadas há anos em hospitais psiquiátricos por não contarem com suporte adequado na comunidade. O Serviço Residencial Terapêutico vem concretizando as diretrizes de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico em conjunto com os demais programas existentes na área de saúde mental e somente poderá ser criada quando houver pelo menos um paciente egresso de internação de longa permanência, ou seja, no mínimo superior a dois anos. Sobre as residências terapêuticas, veja abaixo os dizeres Ministério da Saúde:

A desinstitucionalização e a efetiva reintegração das pessoas com transtornos mentais graves e persistentes na comunidade são tarefas às quais o SUS vem se dedicando com especial empenho nos últimos anos. A implementação e o financiamento de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) surgem neste contexto como componentes decisivos da política de saúde mental do Ministério da Saúde para a concretização das diretrizes de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico. Assim, os Serviços Residenciais Terapêuticos, residências terapêuticas ou simplesmente moradias, são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos ou não (BRASIL, 2005, p. 15).

Nesse contexto é importante trazer os dizeres de Lojudice, et al. (2002, p.2) , os quais afirmam que “[...] efetivar residências terapêuticas implica não somente em ter um habitat para os indivíduos com sofrimento mental, mas como será sua inserção na sociedade, na vida cotidiana.”

2.1.3 Os Ambulatórios de Saúde Mental

Os ambulatórios de saúde mental prestam assistência, sobretudo às pessoas com transtornos mentais menores. Cerca de 9% da população ainda apresentam em sua grande maioria, um funcionamento pouco articulado à rede de atenção à saúde. Estes são referências para inúmeras consultas em psiquiatria e psicologia, mas sua resolutividade tem sido baixa, pois a maioria possui imensas listas de espera e as crises no seu funcionamento são frequentes, conforme pode-se

averiguar do exposto no texto Saúde Mental em dados 4, apresentado pelo Ministério da Saúde, que se segue:

[...] estes ambulatórios prestam assistência sobretudo às pessoas com transtornos mentais menores e apresentam, em sua grande maioria, um funcionamento pouco articulado à rede de atenção à saúde. Estes equipamentos são referência para inúmeras consultas em psiquiatria e psicologia, mas sua resolutividade tem sido baixa - a maioria possui imensas listas de espera e as crises no seu funcionamento são freqüentes. Em muitos locais, é necessária uma reformulação deste modo de funcionamento, discutindo o papel dos ambulatórios na rede de atenção em saúde mental e possibilitando uma integração dos serviços existentes (BRASIL, 2007b p.11)

Ademais, os ambulatórios são especialmente necessários em municípios maiores que possuem maior demanda de atenção aos transtornos em geral. Nestes locais, junto a uma rede efetiva de CAPS, os ambulatórios existentes certamente podem servir de suporte para o atendimento dos transtornos menos graves, buscando a articulação com as equipes da atenção básica em cada território. Contudo, em municípios menores que ainda não possuem CAPS, é necessário que os ambulatórios existentes se responsabilizem pelos transtornos mentais graves, articulando-se com a atenção básica para o acompanhamento dos transtornos menores. Para isso, é necessário que se aproximem cada vez mais da forma de atendimento realizada pelos CAPS (BRASIL, 2007a).

2.1.4 Os Centros de Convivência e Cultura

Os Centros de Convivência e Cultura são instituições públicas que integram a rede substitutiva de atenção à saúde mental e que oferecem às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção cultural e intervenção na cidade. Estes facilitam a construção de laços sociais e a inclusão das pessoas com transtornos mentais através de espaços de convívio e trabalho das diferenças na comunidade. Devido ao fato de atuarem principalmente no campo da cultura e não no da saúde tem valor estratégico para efetivar a inclusão social. São dispositivos públicos oferecidos para as pessoas com transtornos mentais como espaços de contato com a vida cotidiana e a cultura (BRASIL, 2007a).

A Portaria nº 396 de 07 de julho de 2005, em seu artigo 1º, estabelece as diretrizes dos centros de Convivência e cultura, as quais destacam-se a seguir:

- I - Os Centros de Convivência e Cultura são dispositivos públicos componentes da rede de atenção substitutiva em saúde mental, onde são oferecidos às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cidade;
- II - Os Centros de Convivência e Cultura, através da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em variados espaços da cidade, facilitam a construção de laços sociais e inclusão da pessoa com transtornos mentais;
- III - A clientela dos Centros de Convivência e Cultura é composta, sobretudo, de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes. As oficinas e atividades coletivas são o eixo dos Centros de Convivência e Cultura, facilitando o convívio, a troca e a construção de laços sociais;
- IV - A exposição, troca ou venda dos produtos produzidos nas oficinas é eventual e poderá ser estimulada, ocupando espaços comerciais ou culturais relevantes na comunidade e na cidade;
- V - As equipes dos Centros de Convivência e Cultura são integradas por oficinheiros, artistas plásticos, músicos, atores, artesãos, auxiliares administrativos e de limpeza. A gerência do serviço poderá estar a cargo de profissional de nível superior do campo da saúde. A equipe mínima do Centro de Convivência e Cultura deverá estar assim constituída: 1 gerente e 3 oficinheiros (nível médio e superior);
- VI - A implementação de um Centro de Convivência e Cultura deve ocorrer apenas em municípios que já tenham construído resposta pública efetiva para os transtornos mentais severos e persistentes. A rede SUS substitutiva destes municípios deve contar com cobertura adequada, especialmente de CAPS. Os Centros de Convivência e Cultura não poderão dispensar medicação ou prestar atendimento individual ou em grupo (psiquiátrico ou psicoterápico). Os Centros de Convivência não são equipamentos assistenciais, mas espaços de articulação com a vida cotidiana;
- VII - A articulação dos Centros de Convivência e Cultura com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Saúde, Serviços Residenciais Terapêuticos, Programa de Saúde da Família e outros dispositivos de saúde, da rede de assistência social, e de outros campos como os do trabalho, cultura e educação, é fundamental para a reinserção social dos usuários e para o fortalecimento dos laços comunitários;
- VIII - Pessoas com transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em tratamento na rede substitutiva, também poderão ser acolhidas pelos Centros de Convivência e Cultura. Esta questão, por suas peculiaridades, será objeto de formulação específica;
- IX - Os Centros de Convivência e Cultura devem ser estimulados a realizar parcerias com associações, órgãos públicos, fundações, ONG, empresas ou outras entidades, para captação de recursos financeiros ou equipamentos, realização de oficinas, troca de informações ou saberes, entre outras ações;
- X - Os Centros de Convivência e Cultura são equipamentos estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais, sendo recomendados para os municípios com mais de 200.000 habitantes (BRASIL, 2005, p. 1).

Assim, pode-se destacar que, devido as suas características, os Centros de Convivência e Cultura costumam ser implementados em municípios que já foram capazes de construir uma rede efetiva de acolhimento e atendimento aos

transtornos mentais severos e persistentes. Estes Centros se justificam apenas naquelas localidades onde a rede substitutiva de atenção à saúde mental conta com cobertura adequada, especialmente de CAPS. Busca-se a implementação destes Centros nas localidades com mais de 200.000 habitantes (BRASIL, 2007a).

2.1.5 Saúde mental na atenção básica: as Equipes Matriciais de Referência

Nos últimos anos o Ministério da Saúde incentivou ativamente a inclusão de diretrizes que remetessem à dimensão subjetiva dos usuários e aos problemas mais graves de saúde mental, nas políticas de expansão, formulação, formação e avaliação da Atenção Básica. Essas diretrizes têm enfatizado a formação das equipes da atenção básica e o apoio matricial de profissionais de saúde mental junto a essas equipes (BRASIL, 2007a).

Segundo Campos e Domitti (2007, p. 399-400):

O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contra-referência, protocolos e centros de regulação.

O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnicopedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. Essas diretrizes devem prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais.

As equipes matriciais de referência contribuem para tentar resolver ou minimizar a falta de definição de responsabilidades, de vínculo terapêutico e de integralidade na atenção à saúde, oferecendo um tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. Essas equipes propõem um novo sistema de referência entre profissionais e usuários, cujo funcionamento pode ser descrito conforme se segue:

[...] cada unidade de saúde se organiza por meio da composição de equipes, formadas segundo características e objetivos da própria unidade, e de acordo com a realidade local e disponibilidade de recursos. Essas equipes obedecem a uma composição multiprofissional de caráter transdisciplinar, isto é, reúnem profissionais de diferentes áreas, variando

em função da finalidade do serviço/unidade (por exemplo: equipe de saúde da família quando for uma Unidade de Saúde da Família) (BRASIL, 2004, p. 10).

Segundo o Relatório de Gestão do Ministério da Saúde, as experiências das equipes matriciais de saúde mental e os processos de formação ainda estão em construção. Sendo um dos principais desafios da Política de Saúde Mental do país a implantação, expansão e qualificação do apoio matricial, bem como um dos maiores desafios do Sistema Único de Saúde. Estes dois órgãos deverão priorizar o fortalecimento de uma política efetiva de formação continuada, que envolva tanto as equipes de saúde mental como as da atenção básica, para que assim consigam de fato da integralidade do sujeito (BRASIL, 2007a).

2.1.6 Hospitais-Dia

O Hospital-Dia é um serviço de internação parcial para indivíduos portadores de transtornos mentais em crise: depressão, ansiedade, fobias, psicoses e alcoolismo. Segundo o relatório de Gestão do Ministério da Saúde:

O hospital-dia de saúde mental, um dos primeiros equipamentos do SUS a garantir o cuidado em meio aberto às pessoas com transtornos mentais, é hoje em dia um serviço em processo de superação, especialmente face ao papel desempenhado pelos Centros de Atenção Psicossocial. De fato, o investimento do Ministério da Saúde nos Caps nos últimos anos, tanto na expansão da rede como na capacitação de suas equipes, fez com que vários hospitais-dia de base comunitária transformassem progressivamente seu cotidiano num cotidiano mais dinâmico e com um alto comprometimento com a inserção social de seus usuários. Muitos hospitais-dia transformaram-se assim em Centros de Atenção Psicossocial, assumindo sua função estratégica de ordenamento da rede de atenção em saúde mental em seu território. (BRASIL, 2007a, p. 22)

Importante destacar que o objetivo do tratamento no hospital-dia é a inserção do paciente na comunidade, minimizando os sintomas e contribuindo para que este possa ter uma rotina normal, uma vez que a doença mental rompe o processo de vida, tanto na esfera médica, emocional, social e psicológica. A tônica do tratamento são atividades grupais durante o dia e, à noite, o paciente retorna ao convívio familiar.

3 IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE E DOS FAMILIARES NO TRATAMENTO DA PESSOA PORTADORA DE DOENÇA MENTAL

A população, de um modo geral, ainda possui diversos preconceitos em relação ao portador de doença mental, o que não corrobora no tratamento e na reinserção do paciente na sociedade (ANTUNES; QUEIROZ, 2007).

O processo saúde-doença está diretamente relacionado a fatores sociais, econômicos e culturais, quais sejam:

Abandono familiar; falta de referência familiar; desestruturação familiar; preconceito; dificuldade de adesão no tratamento extra-hospitalar; dificuldade de absorção do paciente na rede de atenção à saúde mental; referência cultural do hospital/manicômio; favorecimento da família enquanto o paciente está internado; falta de recursos financeiros para tratamento adequado (CAMPOS; SOARES, 2003, p. 625).

Destaca-se que a atenção em saúde mental passa por importantes transformações conceituais e operacionais, reestruturando e reorientando o foco no modelo de saúde hospitalocêntrico, existente nos dias atuais, para outro descentralizado, devidamente integrando aos serviços de saúde (BÜCHELE et al., 2006).

As unidades primárias de saúdes têm como finalidade melhorar a qualidade de vida e a cura dos pacientes portadores de doença mental, através da diminuição das queixas existentes nos hospitais, da integração psicossocial do paciente e seus familiares, da reinserção social e familiar do paciente e da organização psíquica da pessoa que procura atendimento. Assim, para alcançar um tratamento de qualidade é de fundamental importância a integração dos seguintes instrumentos: “[...] a estrutura física; os medicamentos; as internações; as visitas dos familiares; a contenção física, se necessária; os materiais e o saber clínico.” (CAMPOS; SOARES, 2003, p. 624).

Diante desses instrumentos, é essencial a recuperação da convivência social do paciente portador de saúde mental, através da potencialização dos esforços individuais para lidar com suas limitações (CAMPOS; SOARES, 2003).

Sobre esse assunto Antunes e Queiroz, (2007, p. 210), afirmam que:

Há, nesse sentido, uma convicção generalizada de que a reinserção do paciente em seu meio familiar e social é uma condição fundamental para a sua cura. Esta postura percebe o tratamento e a cura como um processo que envolve não só a equipe de saúde, mas também o paciente e seu meio social e familiar.

Para o correto tratamento do paciente portador de doença mental é de fundamental importância o compartilhamento de informações entre a equipe de saúde mental e os familiares, produzindo assim, uma forma de coresponsabilização pelos casos, efetivando através de discussões conjuntas, de intervenções integradas junto às famílias e comunidades o correto tratamento (BÜCHELE et al., 2006).

3.1 Papel da Sociedade no Tratamento dos Portadores de Transtornos Mentais: uma sociedade inclusivista

Diante da falta de explicações mais consistentes, a doença mental permanece até os dias atuais obscura perante a comunidade, iniciando um processo de exclusão social aos portadores de transtornos mentais, contudo, essa exclusão depende muito do momento histórico e do perfil de cada sociedade ao abordar o fenômeno da loucura (GÓES; CARMO, 2005).

Outros fatores que também agravam essa exclusão social é a falta de preceitos éticos e de conscientização, fazendo com que o próprio doente passe a aceitar essa situação de exclusão e, na necessidade de sua internação em hospital psiquiátrico, como forma de tratamento (SPADINI; SOUZA, 2006).

Assim, a discriminação social é apontada como um dos principais problemas tanto em relação ao portador de transtornos mentais quanto aos seus familiares, o que se resume em um isolamento dos doentes mentais que não são aceitos dentro dos padrões habituais (SOUZA, 2001).

[...] a sociedade prende o doente mental dentro de seu mundo com medo que o doente afete o mundo da sociedade. (...) permanecem isoladas, sem acesso às informações, lazer, saúde ou trabalho;

portanto, estar na comunidade não significa melhoria da condição de vida, e o sofrimento permanece (PEREIRA, et al., 2007, p. 570).

Esse problema social não pode ser resolvido de uma maneira muito simples. Faz-se necessária uma mudança dos conceitos e preconceitos existentes há anos em nossa sociedade, “[...] é preciso haver uma mudança na forma de pensar das pessoas [...] para que este possa ser realmente visto como um ser humano digno de respeito e que merece viver livre na sociedade” (WAIDMAN; ELSEEN, 2005, p. 344).

No processo de desmistificação da sociedade exclusivista para a sociedade inclusivista vem sendo abordado a Integração Social. Os movimentos nacionais e internacionais surgiram com a finalidade de formação das políticas públicas de Integração Social, para que se possa atingir uma sociedade inclusivista dos portadores de necessidades especiais. Assim, a inclusão social trata-se:

[...] um processo que contribui para a construção de um novo tipo de sociedade através de transformações pequenas e grandes, no ambiente físico e na mentalidade de todas pessoas, portanto também do próprio portador de necessidade especiais. [...] Processo pelo qual a sociedade se adapta para poder incluir, em seus sistemas sociais gerais, pessoas com necessidades especiais e, simultaneamente, estas se preparam para assumir seus papéis na sociedade. A inclusão social se constitui de um processo bilateral. (SILVA; ELSEEN, 2006, p. 155/156 e p. 160)

No Brasil, após anos de discussão, foi elaborada a política nacional de saúde mental (Lei n.º 10.216/2001) que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Essa lei prevê em seu artigo 3º a inclusão da sociedade na assistência ao portador de transtorno mental. Veja:

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 (BRASIL, 2001).

Apesar de todas as mudanças na psiquiatria, nos tratamentos para a doença mental e nas políticas públicas acerca da proteção e dos direitos das

peçoas portadoras de doenças mentais, a visão preconceituosa da sociedade aos doentes mentais ainda existe, pois “[...] carregar o estigma de ser doente mental é um fator a mais de sofrimento na vida dessas pessoas e interfere nas oportunidades de envolvimento social” (JORGE et al., 2008, p. 141).

A sociedade deve atuar no processo de inclusão social dos portadores de transtornos mentais. As associações civis possuem grande importância nesse processo, pois é através delas que ações de incorporação e reforço de normas e valores são difundidas na sociedade, “[...] sua importância está no fato destes representarem iniciativas sociais de mobilização e organização que colocam, no cenário social, alternativas de ação política em defesa de interesses” (SOUZA, 2001, p. 935).

A inclusão social dos portadores de transtornos mentais somente é possível se houver uma preparação da comunidade, através da reconstrução de vínculos, da desmistificação da periculosidade e da incapacidade do portador de transtorno mental de viver em sociedade, apesar de lento, esse processo deve ser planejado e amparado pelos vários segmentos da sociedade e pelo poder público, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida de toda a população (WAIDMAN; ELSEN, 2005).

3.2 Importância da Participação da Família no Tratamento dos Portadores de Transtornos Mentais

A família é uma instituição social, ou seja, um grupo social primário que influencia e é influenciado ao longo da história, tendo finalidades diversas numa mesma época e lugar, que “[...] apesar dos possíveis conflitos é única em seu predomínio desenvolvimento da sociabilidade, da afetividade e do bem-estar físico dos seus seres” (NAVARINI; HIRDES, 2008, p. 681).

A família é compreendida como:

[...] instituição indispensável para a garantia da sobrevivência e da proteção integral dos membros que a constituem [...]. É neste ambiente que seus membros recebem os apoios afetivos, psicológicos e sobretudo os materiais necessários ao seu crescimento e desenvolvimento [...]. Podemos concluir que o equilíbrio familiar é indispensável para o nascimento, crescimento e

desenvolvimento saudável de seus membros, assim, como para contribuição de uma sociedade saudável [...] (MELLO, 2005, p. 391).

No entanto, a família é a primeira referência de proteção do indivíduo. Com ela iniciam-se os afetos e as relações com a sociedade e com o portador de transtornos mentais não seria diferente. A família é de fundamental importância no tratamento desses pacientes (BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008).

A importância da família no tratamento dos pacientes com transtornos mentais é observada desde os primórdios da humanidade. Ressalta-se que na sociedade pré-capitalista, o cuidado com o doente era de competência exclusiva da família e, ao longo dos anos, mais precisamente com o nascimento da psiquiatria no século XVIII, houve o isolamento do doente como parte do tratamento, inclusive de sua família que “[...] permanecia totalmente alheia e sem participar ou interessar-se pelo tratamento que era oferecido ao seu familiar” (SPADINI; SOUZA, 2006, p. 124).

Durante as décadas de 50 e 60, na Europa, o papel da família foi novamente inserido no tratamento dos doentes mentais, e os familiares passaram a conviver com o portador de sofrimento psíquico (MORENO; ALENCASTRE, 2003).

Somente a partir dos anos 1950, começou a se manifestar um grande interesse pelos aspectos sociais e familiares da doença mental. Alguns trabalhos realizados na psiquiatria sobre as relações familiares e a doença mental influenciaram a maneira tradicional de cuidar do portador de doença mental, como único responsável pela sua doença, o que veio contribuir para a compreensão e recuperação destas pessoas (NAVARINI; HIRDES, 2008, p. 681).

No Brasil, a necessidade de se repensar as práticas em saúde mental se iniciou apenas nos anos 80, a partir da reforma psiquiátrica que evidenciou as condições desumanas de tratamento a que eram expostos os portadores de transtorno psíquico. Esta reforma viabilizou a reaproximação da família ao tratamento do paciente com transtornos, sendo observado que as famílias, por si próprias, começaram a buscar melhores maneiras de cuidar de seus entes (BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008).

A lei n.º 10.216 também desta no parágrafo único do artigo 2º que:

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:

[...]

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; [...] (grifo)

Esse novo sistema de atendimento, que visa a permanência do paciente no seu ciclo familiar deve, ser calcado no tripé paciente/família/profissional da saúde.

Este triângulo pede transformações e envolvimento dos seus integrantes, de modo a proporcionar o que Gallio (1982) considera como a possibilidade de sair do túnel do senso de culpa para evitar que a família abandone a condenação, colocando-se num papel de “bode expiatório” (PEREIRA; CAIS, 2001, p. 92/93).

Assim, a família assume um importante papel no cuidado e ressocialização do portador de enfermidade mental, através da reinserção do paciente no universo familiar, pois “[...] o conhecimento da dinâmica familiar pode ajudar no estabelecimento de metas de intervenções que serão significativas para o doente mental” (PEREIRA; CAIS, 2001, p. 99).

Em termos gerais, a importância da participação e integração da família no tratamento dos doentes mentais é crescente, o que fez surgir as chamadas terapias familiares, que “[...] trouxe as famílias para dentro do processo do tratamento, mas perpetuou a visão da identificação do paciente como vítima e portador da psicopatologia da família” (NAVARINI; HIRDES, 2008, p. 681).

A participação e integração da família têm gerado vários estudos e discussões acerca do tema, o que pode ser comprovado através do trecho a seguir:

Tais participação e integração têm suscitado freqüentes discussões e estudos que abordam o tema tendo em vista a contextualização do cuidado em saúde mental a ser realizado fora dos espaços institucionais da psiquiatria. Desta forma, consideramos fundamental o grau de envolvimento da família na vida do usuário a partir do qual podemos entender os limites e potencialidades das famílias para dar suporte às ações de reabilitação e inclusão social destas pessoas. (JORGE et al., 2008, p. 136)

Além do mais, Paiva, Stefanelli e Arantes, (2000, p. 22), esclarecem que:

Os estudos de Rose (1983) demonstraram que os familiares identificaram problemas relativos ao controle de comportamento do paciente e mostraram necessidades de informação quanto à doença mental, ao tratamento e ao futuro do paciente.

Diante da importância da família no tratamento dos doentes, o primeiro ponto positivo observado na melhoria do tratamento dos pacientes são os baixos números de reinternações.

Estudos evidenciam que as famílias atendidas ao nível ambulatorial têm mais alívio da sua sobrecarga do que aquelas atendidas ao nível hospitalar. Os pesquisadores concluíram, ainda, que o cuidado domiciliar aliviou a ansiedade da família, favorecendo o aprendizado de como cuidar do seu familiar doente através de um ensino contextualizado, direto e adaptado às suas necessidades de aprendizagem. (NAVARINI; HIRDES, 2008, p. 681).

Outro ponto é o fato de que com a participação da família na assistência ao doente mental há uma grande melhoria da qualidade de vida do doente e de seus familiares (SPADINI; SOUZA, 2006).

E por fim, o desenvolvimento das potencialidades dos pacientes é o ponto mais importante nessa aliança da família no tratamento do portador de doenças mentais (MOLI; SAEKI, 2009).

Diante disso, tem-se que, a participação da família no tratamento do portador de transtornos mentais é inegável, devendo essa participação estar interligada com a equipe de saúde primária e da saúde mental para a devida estabilização do paciente.

CONCLUSÃO

Desde a antiguidade a doença mental é considerada uma das piores formas de sofrimento humano, deixando as pessoas à margem do processo produtivo e do convívio social. Tal fato sofreu grandes mudanças desde o fim da década de 70 e início dos anos 80, quando iniciou em todo o mundo a reforma psiquiátrica, fruto da maturidade teórica e política em relação à matéria e do alcance devido à conscientização da sociedade civil organizada.

A Reforma Psiquiátrica ainda busca estratégias, questionamentos e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria, além de preconizar a mudança dos modelos de atenção e gerência dos métodos de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços e a capacitação adequada em assistência na atenção primária/saúde mental dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias do cuidado.

Dentre os princípios fundamentais da saúde mental destaca-se ao longo desse trabalho a noção de território, a organização da atenção à saúde mental em rede, a intersetorialidade; a reabilitação psicossocial, a multiprofissionalidade, a desinstitucionalização, a promoção da cidadania dos usuários portadores de doença mental e a construção da autonomia possível destes e seus familiares.

A partir desses princípios, observou-se que as pessoas com problemas mentais necessitam de tratamento igualitário aos demais pacientes atendidos nas unidades de saúde, devendo os profissionais de saúde proporcionem assistência digna, de qualidade, com resolutividade e de inclusão social, pois a doença mental é uma patologia que exige solidariedade humana, desprendimento, destemor, capacidades de absorção, de produção de sentimentos de cooperação e de integração social.

Diante disso, a construção de uma atenção em rede e de base comunitária em saúde mental no SUS através dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais é de fundamental importância.

Os Centros de Atenção Psicossocial, como primeira estrutura de atendimento descrita, são considerados espaços de criatividade, construção de vida, novos saberes, onde as pessoas portadoras de transtornos mentais são acolhidas e cuidadas, através de serviços comunitários, ambulatoriais e regionalizados.

As Residências Terapêuticas, são casas, locais de moradia, destinadas as pessoas com transtornos mentais que permaneceram em longas internações psiquiátricas e estão impossibilitadas de retornar às suas famílias de origem.

Os ambulatórios de saúde mental, por sua vez, prestam assistência, sobretudo às pessoas com transtornos mentais menores, apesar de serem referência no atendimento de inúmeras consultas em psiquiatria e psicologia. Sua resolutividade tem sido baixa, em virtude das imensas listas de espera e as crises no seu funcionamento.

Outras entidades estudadas foram os Centros de Convivência e Cultura, criados pela Portaria nº 396 de 07 de julho de 2005, que são instituições públicas que integram a rede substitutiva de atenção à saúde mental e que oferecem às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção cultural e intervenção na cidade, possuem valor estratégico na inclusão social devido ao fato de atuarem principalmente no campo da cultura e não no da saúde.

O Hospital-Dia, por ser um serviço de internação parcial para indivíduos portadores de diversos transtornos mentais em crise, citando aqui os mais prevalentes como depressão, ansiedade, fobias, psicoses e alcoolismo, o qual, possui fundamental importância no tratamento do paciente portador de doenças mentais.

Dessa forma, a assistência adequada envolvendo os serviços substitutivos, a família, os trabalhadores, entre outros e o envolvimento dos usuários poderá estabelecer um tratamento do paciente portador de doença mental com possibilidades de existir o compartilhamento de informações entre a equipe de saúde mental e os familiares, pois trata-se de uma co-responsabilização entre as partes onde poderão estabelecer o melhor tratamento através de discussões conjuntas e de intervenções integradas.

Portanto, a inclusão social dos portadores de transtornos mentais

somente é possível se houver uma preparação da comunidade, através da reconstrução de vínculos, da desmistificação da periculosidade e da incapacidade do portador de transtorno mental de viver em sociedade, e da constante participação da família no tratamento do portador de transtornos mentais. Contudo, o trabalho na atenção primária deve ser a porta de entrada para o reconhecimento das patologias das pessoas com transtornos mentais para que sejam, se necessário destinados à serviços secundários de saúde mental, garantindo desta forma a integralização do cuidado.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, R. L. P.; PEDRÃO, L. J. Algumas considerações sobre a utilização de modalidades terapêuticas não tradicionais pelo enfermeiro na assistência de enfermagem psiquiátrica. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 737-742, set./ out. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a19.pdf>>. Acesso em: 04 mar. 2010.

ANTUNES, S. M. M. O.; QUEIROZ, M. S. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, ano 23, n. 1, p. 207-215, jan. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n1/21.pdf>>. Acesso em: 04 mar. 2010.

BÜCHELE et al. A Interface da Saúde Mental Na Atenção Básica. **Cogitare Enfermagem**. Florianópolis. ano 11, n. 3, p. 226-233, set./dez. 2006. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/7308/5240>>. Acesso em: 03 set. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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. Portal Saúde. Brasília, DF, Nov. 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_15_anos_caracas.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2010.

_____. **Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007a.

_____. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Saúde Mental em dados 4**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. Portal Saúde. Brasília, DF, 2007b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_mental_dados_numero_4.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2010.

_____. **Saúde mental e atenção básica o vínculo e o diálogo necessários.** Portal Saúde. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>>. 04 mar. 2010.

BORBA, L. O.; SCHWARTZ, E; KANTORSKI, L. P. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n.4, p.588-594, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/a09v21n4.pdf>>. Acesso em: 04 mar. 2010.

CAMPOS, C. M. S.; SOARES, C. B. A produção de serviços de saúde mental-a concepção de trabalhadores. **Ciências & Saúde Coletiva**, ano, n. 2, p. 621-628, 2003

CAMPOS, R. O.; FURTADO, J. P.; MARÇAL, C. R. M. **A Saúde Mental na Atenção Básica: Uma saída para o sofrimento psíquico?** Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Departamento de Medicina Preventiva e Social. Aprimoramento em Planejamento e Administração em Serviços de Saúde. Campinas, fev. 2007.

Constituição Federal BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República do Brasil.** Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <www.planalto.gov.br/.../constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 04 mar. 2010.

DECLARAÇÃO DE CARACAS: adotada pela organização mundial de saúde em Caracas, Venezuela, em 14 de novembro de 1990. **Procuradoria Geral da República.** Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/declaracao_caracas>. Acesso em: 04 mar. 2010.

FLEURY, S. **Saúde e democracia:** a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997

GÓES, A. R. M.; CARMO, L. H. M. **Cuidadora de Portador de Transtorno Mental: um foco de análise.** Trabalho apresentado ao 2º Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil, UNIOESTE, Paraná, 13-15 out. 2005. Disponível em: <<http://cac.php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario2/trabalhos/saude/msau17.pdf>>. 04 mar. 2010.

GONÇALVES A. M., SENA R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família.

Revista Latino Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 48-55, mar. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11514.pdf>>. 04 mar. 2010.

JORGE et al. Representações sociais das famílias. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 135-142, 2008.

Lei BRASIL. Lei n.º 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. **Planalto**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 04 mar. 2010.

MELO, C. C. S. Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. **Webartigos**. 28 dez. 2007. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/articles/3373/1/Centro-De-Atencao-Psicossocial---Caps/pagina1.html>>. 04 mar. 2010.

MELLO, R. A Construção do Cuidado à Família e a Consolidação da Reforma Psiquiátrica. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 13, p. 390-395, 2005.

MOLI, M. F.; SAEKI, T. A vida social de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, usuárias de um centro de atenção psicossocial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 6, p. 66-72, nov./ dez. 2009.

MORENO, V.; ALENCASTRE, M. B. A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico. **Revista da Escola de Enfermagem-USP**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 43-50, 2003.

NAVARINI V., HIRDES A. A FAMÍLIA DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 680-688, out./dez. 2008.

NUNES, M. JUCÁ, V. J. VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2375-2384, out. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/12.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2010.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; FURTADO, Juarez Pereira. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação

da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2006000500018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 abril 2010.

PAIVA, S. M. A.; STEFANELLI, M. C.; ARANTES E. C. Grupo Familiar na Convivência como Doente Mental: programa de educação em saúde. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v.2, n.1, p.21-29, jan./jun. 2000.

PASSOS, I. C. F. **Reforma Psiquiátrica**: as experiências francesa e italiana. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PAULIN, L. F.; TURATO, E. R.: Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v. 11, n. 2, p. 241-58, maio/ago. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v11n2/01.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2010.

PEREIRA, M. A. O.; CAIS, D. P. A PERCEPÇÃO DE FAMILIARES DE PACIENTES. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.22, n.2, p.90-101, jul. 2001

Pereira, et al.; Saúde mental no Programa de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem-USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 567-572, 2007.

Portaria BRASIL. Portaria n.º 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. **Portal Saúde**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>> . Acesso em: 09 abr. 2010.

_____. Portaria/GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. **Portal Saúde**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_106.htm>. Acesso em: 09 abr. 2010.

_____. Portaria nº 396, de 07 de julho de 2005. Aprovar diretrizes gerais para o Programa de Centros de Convivência e Cultura na rede de atenção em saúde mental do SUS. **Portal Saúde**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/PT-396.htm>>. Acesso em: 09 abr. 2010.

SILVA, A.F.; ELSEN, I. UMA SOCIEDADE INCLUSIVISTA PARA AS FAMÍLIAS PORTADORAS. **Família Saúde Desenvolvimento**, Curitiba, v.8, n.2, p.154-162, maio/ago. 2006

SPADINI, L. S.; SOUZA, M. C. B. M. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. **Revista da Escola de Enfermagem-USP**, São Paulo, v. 40, n.1, p. 123-127, 2006;

SOUZA, W. S. Associações civis em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 933-939, jul./ago. 2001.

TENORIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos. v. 9, n. 1, p. 25-59, jan./abr 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2010.

WAIDMAN, M. A. P.; ELSEN, I. O Cuidado Interdisciplinar à Família do Portador de Transtorno Mental no Paradigma da Desinstitucionalização. **Texto Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v.14, n. 3, p.341-349, jul./set. 2005

ANEXOS

Anexo 1 - CAPS I

CAPS I		
Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes.		
Características	Atividades	Recursos Humanos
<p>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;</p> <p>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;</p> <p>c - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>f - funcionar no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana;</p>	<p>a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);</p> <p>b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);</p> <p>c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;</p> <p>d - visitas domiciliares; e - atendimento à família;</p> <p>f - atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social;</p> <p>g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias</p>	<p>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:</p> <p>a - 01 (um) médico com formação em saúde mental;</p> <p>b - 01 (um) enfermeiro;</p> <p>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.</p> <p>d - 04 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão;</p>

Tabela 1 - Características, atividades e Recursos Humanos CAPS I

Fonte: Portaria n.º 336/GM de 19 de fevereiro de 2002

Anexo 2 - CAPS II

CAPS II		
Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. A assistência prestada ao paciente no CAPS II inclui as seguintes atividades		
Características	Atividades	Recursos Humanos
<p>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;</p> <p>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;</p> <p>c - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>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.</p>	<p>a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);</p> <p>b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);</p> <p>c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;</p> <p>d - visitas domiciliares;</p> <p>e - atendimento à família;</p> <p>f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;</p> <p>g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária: os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.</p>	<p>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:</p> <p>a - 01 (um) médico psiquiatra;</p> <p>b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;</p> <p>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.</p> <p>d - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão</p>
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		
Características	Atividades	Recursos Humanos
<p>a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais;</p> <p>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;</p> <p>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;</p>	<p>a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);</p> <p>b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros);</p> <p>c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;</p> <p>d - visitas e atendimentos domiciliares;</p> <p>e - atendimento à família;</p> <p>f - atividades comunitárias enfocando a integração da</p>	<p>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:</p> <p>a - 01 (um) médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental;</p> <p>b - 01 (um) enfermeiro.</p> <p>c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias</p>

<p>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;</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>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.</p>	<p>criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social;</p> <p>g - desenvolvimento de ações inter-setoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça;</p> <p>h - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias;</p>	<p>profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;</p> <p>d - 05 (cinco) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.</p>
CAPS ad II		
<p>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</p>		
Características	Atividades	Recursos Humanos
<p>a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária, de referência para área de abrangência populacional definida pelo gestor local;</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>d - coordenar, no âmbito de sua área de abrangência e por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, em articulação com o Conselho Municipal de Entorpecentes;</p> <p>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;</p> <p>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</p>	<p>a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);</p> <p>b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);</p> <p>c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;</p> <p>d - visitas e atendimentos domiciliares;</p> <p>e - atendimento à família;</p> <p>f - atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social;</p> <p>g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.</p> <p>h - atendimento de desintoxicação.</p>	<p>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:</p> <p>a - 01 (um) médico psiquiatra;</p> <p>b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;</p> <p>c - 01 (um) médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas;</p> <p>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;</p> <p>e - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.</p>

<p>de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;</p> <p>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.</p> <p>h - manter de 02 (dois) a 04 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso.</p>		
--	--	--

Tabela 2 - Características, atividades e Recursos Humanos CAPSII

Fonte: Portaria n.º 336/GM de 19 de fevereiro de 2002

Anexo 3 - CAPS III

CAPS III		
Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes A assistência prestada ao paciente no CAPS III inclui as seguintes atividades:		
Características	Atividades	Recursos Humanos
<p>a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana;</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>d - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>g - estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica.</p>	<p>a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros);</p> <p>b - atendimento grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);</p> <p>c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;</p> <p>d - visitas e atendimentos domiciliares;</p> <p>e - atendimento à família;</p> <p>f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;</p> <p>g - acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação;</p> <p>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;</p> <p>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.</p>	<p>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:</p> <p>a - 02 (dois) médicos psiquiatras;</p> <p>b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental.</p> <p>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;</p> <p>d - 08 (oito) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.</p> <p>Para o período de acolhimento noturno, em plantões corridos de 12 horas, a equipe deve ser composta por:</p> <p>a - 03 (três) técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço;</p> <p>b - 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio;</p> <p>Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por:</p> <p>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;</p> <p>b - 03 (três) técnicos/auxiliares técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço</p> <p>c - 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio.</p>

Tabela 3 - Características, atividades e Recursos Humanos CAPSIII

Fonte: Portaria n.º 336/GM de 19 de fevereiro de 2002