

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ – SETOR LITORAL

VERONICA LARISSA AMORIM ADÃO

**UMA ANÁLISE DAS LITERATURAS SOBRE A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL
DO ASSISTENTE SOCIAL JUNTO A POLÍTICA APÓS A REFORMA
PSIQUIÁTRICA**

MATINHOS

2018

VERONICA LARISSA AMORIM ADÃO

**UMA ANÁLISE DAS LITERATURAS SOBRE A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL
DO ASSISTENTE SOCIAL JUNTO A POLÍTICA APÓS A REFORMA
PSIQUIÁTRICA**

Artigo apresentado como requisito parcial à conclusão do Curso de Especialização em Questão Social na Perspectiva Interdisciplinar, da Universidade Federal do Paraná – Setor Litoral.

Prof(a). Dr(a). Silvana Maria Escorsim

MATINHOS

2018



PARECER DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Os membros da Banca Examinadora, designados pela Orientadora Prof. Dr^a **SILVANA ESCORSIM** realizaram em **20 de abril de 2018** a avaliação do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do estudante **VERONICA LARISSA AMORIM ADÃO**, composta ainda pelas Prof. Ms **KARLA INGRID PINTO CUELLAR** e Ms **FLÁVIA GRANZOTTO FACHINI** sob o título "UMA ANÁLISE DA LEITURAS SOBRE A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL JUNTO A POLÍTICA APÓS A REFORMA PSIQUIÁTRICA" sendo requisito parcial para obtenção do título de Especialista no curso de Especialização em Questão Social pela Perspectiva Interdisciplinar da UFPR - Universidade Federal do Paraná – Setor Litoral, tendo recebido conceito "AS".

Matinhos, 20 de abril de 2018.

Prof. Dr^a **SILVANA ESCORSIM**

Prof. Ms **KARLA INGRID PINTO CUELLAR**

Prof. Ms **FLÁVIA GRANZOTTO FACHINI**

VERONICA LARISSA AMORIM ADÃO

Conceitos de aprovação
APL – Aprendizagem Plena
AS – Aprendizagem Suficiente

Conceito de reprovação
APS – Aprendizagem Parcialmente Suficiente
AI – Aprendizagem Insuficiente

Observação:

Caso o(a) estudante seja orientado(a) reformular seu trabalho, deve-se registrar no verso os requisitos apontados pela Banca Examinadora para o aceite final do trabalho.

UMA ANÁLISE DAS LITERATURAS SOBRE A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL JUNTO A POLÍTICA APÓS A REFORMA PSIQUIÁTRICA

¹ VERONICA LARISSA AMORIM ADÃO

² SILVANA MARIA ESCORSIM

RESUMO

Este artigo tem como objetivo realizar uma análise crítica sobre a intervenção do assistente social na saúde mental após a reforma psiquiátrica. Utilizou-se como método de elaboração deste trabalho pesquisa bibliográfica, ressaltando a importância da prática profissional junto a política de saúde mental.

.

Palavras-chave: Serviço Social, Reforma Psiquiátrica, Saúde Mental.

¹ Acadêmica do curso de especialização da Universidade Federal do Paraná- Setor Litoral
E-mail: veronicalamorim@gmail.com

² Docente da Universidade Federal do Paraná – Setor Litoral

1. INTRODUÇÃO

Nas sociedades pré-modernas a loucura era tratada de diversas formas, variando de acordo com a cultura local, o sujeito considerado louco, era motivo de chacota, sendo que em alguns casos acreditavam ser até mesmo possessão demoníaca. (AMARANTE,1996)

As pessoas consideradas loucas eram “depositadas” em asilos, hospitais, casas de repouso e esquecidos em meio a tantas outras pessoas indesejadas pela sociedade, seja ela, em sofrimento psíquico, portadores de deficiência, pessoas em situação de rua ou até mesmo doenças venéreas. Essas pessoas eram submetidas as mais cruéis formas de tratamento, utilizavam de força bruta para contenção, incluindo, máquinas giratórias, camisa de força, tratamento de choque, banho de água fria, bulotomia, dentre outros métodos extremamente danosos à dignidade do ser humano.

A partir do século XVIII, Phillipe Pinel, psiquiatra Francês, considerado “Pai da Psiquiatria”, observa a necessidade de ter um local específico para o tratamento da loucura, sendo o referido local denominado manicômio. Durante esse período diversos tipos de tratamento são propagados por toda Europa, a ideia de Pinel vai perdendo seu valor, diante da mercantilização que virou a loucura. A partir da segunda metade do século XX, Franco Basaglia, psiquiatra italiano, começa a propelar uma nova forma no tratamento e das instituições psiquiátricas. Esse novo modelo inicia-se na Itália, e tem repercussões em todo mundo, e principalmente em nosso País. O cenário no Brasil não era diferente, as formas de tratamentos incluíam as mesmas medidas.¹

2. A LUTA ANTIMANICOMIAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

No final da década de 70, após várias denúncias de abusos e maus tratos realizados nas instituições psiquiátricas, nas casas de saúde, nos manicômios, doravante, surgiram movimentos dos trabalhadores em Saúde Mental, constituído por trabalhadores, familiares, sindicalistas entre outros.¹

O debate sobre a reforma psiquiátrica no Brasil tem origem no ano de 1978, com o surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), após uma greve de residentes e denúncias no Rio de Janeiro contra as más

condições de trabalho, bem como as péssimas estruturas físicas dos hospitais psiquiátricos. A grande repercussão desse movimento é considerada o dispositivo de processo da reforma psiquiátrica brasileira (AMARANTE, 2003).

Um ano após, 1979, Franco Basaglia pioneiro pelo movimento em pôr fim aos manicômios, visitou Barbacena-MG, uma cidade reconhecida por contar com o maior Hospital Psiquiátrico do Brasil, denominado Hospital Colônia, local onde foi constatado a utilização de maus tratos aos internos. O Colônia, como é popularmente conhecido, foi cenário de acontecimentos terríveis na nossa história. (ARBEX,2013).

“Os pacientes do Colônia as vezes comiam ratos, bebiam água do esgoto ou urina, dormiam sobre capim, eram espancados e violados” (...) “Alguns morriam de frio, fome e doença. Morriam também de choque. Às vezes os eletrochoques eram tantos e tão fortes, que a sobrecarga derrubava a rede do município, Nos períodos de maior lotação, 16 pessoas morriam a cada dia. Ao morrer davam lucro. Entre 1969 e 1980, 1863 corpos de pacientes do manicômio foram vendidos (...)” (ARBEX; DANIELA, 2013, prefácio).

Estima-se que 60 mil pessoal morreram no Colônia, devido ao número de mortes e situações de “moradia” em que os pacientes eram submetidos, remete-se ao Holocausto Nazista. Tal situação deu origem ao livro-reportagem Holocausto Brasileiro, publicado em 2013, o livro é autoria da jornalista Daniela Arbex.

“Estive hoje num campo de concentração nazista. Em nenhum lugar do mundo presenciei tragédia como essa” Franco Basaglia, psiquiatra, ao visitar o Hospital Colônia em Barbacena. (ARBEX; DANIELA, 2013, prefácio).

A data de 18 de maio tornou-se o dia da Luta Antimanicomial, nesta data, no ano de 1987 foi realizado um encontro dos grupos favoráveis às mudanças na forma de tratamento, nesse encontro surgiu a proposta de reformar o sistema psiquiátrico brasileiro. ¹

A Reforma psiquiatra objetiva elaborar um novo estatuto social para o então, doente mental, que lhe assegure cidadania, respeito aos seus direitos e suas especificidades, provocando o resgate da capacidade de inserção, não apenas direitos, mas também seus deveres como cidadão.¹

Deste modo, observa-se que iniciaram as intervenções realizadas pela Secretaria de Saúde, com o intuito de regularização das instituições psiquiátricas e até mesmo fechamento progressivo das instituições denominadas manicômio. Não obstante, no ano de 1989 na cidade de Santos, ocorreu o fechamento da Casa de Saúde Anchieta, sendo que este caso em específico teve grande repercussão na

mídia, uma vez que após várias denúncias constataram mortes violentas em decorrência dos abusos e maus tratos causados nos pacientes da referida instituição. Tal situação foi um dos motivos que permitiu o surgimento de um novo modelo de tratamento que oferece mais dignidade ao paciente.¹

Nesse mesmo ano, o deputado Paulo Delgado (PT/MG) propõe um projeto de lei para regulamentar os direitos da pessoa com transtornos mentais, é o início da luta da Reforma no âmbito normativo e legislativo. Em 1992 começam a surgir as primeiras consequências positivas desse projeto, sendo aprovados em vários Estados brasileiros, determinando a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos.¹

Após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, entra em vigor em todo País, a Lei Federal 10.216/2001(BRASIL,2001), conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica. Essa lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, assim como, um modelo assistencial em Saúde Mental, ela simboliza em nosso País um marco ao combinar a carência de respeito e humanidade, tanto com o a pessoa em sofrimento, quanto à forma de tratamento. A partir dessa lei que se origina a Política de Saúde Mental, ultrapassando a lógica da longa permanência, que faz com que aconteça o isolamento do paciente com sua família a sociedade como um todo.¹

As legislações anteriores relacionadas à Saúde Mental no Brasil se preocupavam mais em excluir as pessoas com transtornos mentais – então denominados “alienados” e “psicopatas” – do convívio em sociedade para evitar a “perturbação da ordem”, do que oferecer um tratamento adequado para a melhora e recuperação do paciente. Os decretos traziam dezenas de artigos, cuja maioria apenas regulamentava o ambiente terapêutico que se dava dentro do hospital psiquiátrico (BRITO, VENTURA, 2012).

3. SURGIMENTO DO CAPS COMO MODELO SUBSTITUTIVO AO HOSPITAL PSQUIÁTRICO

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são legitimados com a Portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002, e reconhecidos como uma ação estratégica pautada na reforma psiquiátrica Lei Federal 10.216/2001(BRASIL,2001) ,

estabelecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), na Política Nacional de Atendimento à Saúde instituída pelas Leis Federais 8.080/1990 (BRASIL,1990) e 8.142/1990 (BRASIL,1990) que reafirmam a saúde como direito de todos a partir da Constituição Federal de 1988. ²

Deste modo, tem-se que os CAPS nascem seguindo uma perspectiva de cuidado alicerçado na proposta da reforma psiquiátrica que passou a ganhar força a partir do fim dos anos 70 e vem conquistando espaço e traçando uma nova história no que diz respeito aos direitos dos portadores de transtornos mentais.

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial do Brasil foi inaugurado em março de 1986 na cidade de São Paulo, o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva e em um contexto de mudança iniciou a propagação dessa nova rede de saúde mental que se consolidava como dispositivo eficaz com relação à diminuição das internações em hospitais psiquiátricos e do antigo modelo assistencial. ³

A partir da inspiração dada pelo Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, foi levantada ainda mais a discussão acerca da discussão e construção de uma rede integrada de saúde mental no país. Em 1989, foi implantada a rede de serviços substitutiva aos manicômios, que incluía os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), cooperativas de trabalho e projetos culturais.³ No município de Santos/ SP, o NAPS tinha uma estrutura de maior complexidade, possuía leitos de apoio para situações graves e funcionavam 365 dias do ano.³ Mesmo sendo significativas, essas mudanças nos núcleos ainda reproduziam algumas ações do modelo manicomial.³ O NAPS foi renomeado e corresponde hoje ao CAPS nível III, conforme Portaria 336/2002.

No final de 1992 acontece a II Conferência Nacional de Saúde Mental em Brasília/DF, sendo que o relatório final da Conferência afirmou que o processo de saúde/doença mental deve ser entendido levando-se em conta o modo de vida, a origem e as referências das pessoas, respeitadas as diferenças individuais. Em 2001 enfim, um substitutivo da Lei original de Paulo Delgado foi sancionada pelo presidente da república e após tantos anos, a Lei 10216/01 entrou em vigor com algumas modificações com relação á sua proposta inicial, propondo um novo ritmo no que tange essa discussão. ³

No final de 2001, com a constituição da III Conferência Nacional de Saúde Mental houve a consolidação da Política da reforma, o que deu ainda mais força ao que já vinha sendo debatido. ³

A III Conferência comemorou os avanços na área com o advento da Lei 10216/01, e apontou a necessidade de aprofundamento quanto à reorientação do modelo assistencial em saúde mental, com a reestruturação da atenção psiquiátrica hospitalar, além da expansão da rede de atenção comunitária e com a participação efetiva de usuários e familiares.³

Em 2010, os debates da IV Conferência Nacional de saúde Mental reconheceram os avanços concretos propostos pela III Conferência, porém ressaltaram as lacunas e os desafios ainda muito significativos no que diz respeito à complexidade no que diz respeito ao caráter multidimensional, interprofissional e intersetorial dos temas e problemas do campo, apontando a direção para consolidar avanços e enfrentar novos desafios trazidos pela mudança constante de cenário. ³

As Conferências de Saúde Mental reafirmaram-se como dispositivos imprescindíveis na construção do debate crítico na formulação, enriquecimento e consolidação do SUS, ao mesmo tempo da transversalidade e a articulação com as demais políticas públicas. ³

Diante do histórico acima descrito, atualmente os Centros de Atenção Psicossociais são subdivididos da seguinte maneira:

CAPS I: Destinado ao atendimento em municípios com população entre 20 e 70 mil habitantes. Funciona das 8 às 18 horas, em dois turnos, nos cinco dias úteis da semana; sua equipe técnica mínima, para atender a 20 usuários por turno, é composta por um médico com formação em saúde mental, um enfermeiro, três profissionais de nível superior – entre psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico – e quatro profissionais de nível médio – técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

CAPS II: Para atendimento em municípios com população entre 70 e 200 mil habitantes, além dos dois turnos, podem comportar um terceiro, até as 21 horas. Sua equipe técnica, para atender a 30 clientes por turno, já exige um médico psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior e seis profissionais de nível médio.

CAPS III: Previsto para atendimento com população acima de 200 mil habitantes. Constitui-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24h diariamente, incluindo feriados e fins de semana. A equipe técnica para atuação no CAPS III, para o atendimento de 40 pacientes por turno, é composta por dois médicos psiquiatras, um enfermeiro com formação em saúde mental, cinco profissionais de nível superior e oito de nível médio.

CAPS i (infanto-juvenil): Para atendimento a crianças e adolescentes gravemente comprometidos psicologicamente, em uma população de cerca de

200 mil habitantes, a equipe técnica é a mesma do CAPS II, porém somada pelo médico Pediatra.

CAPS ad (álcool e drogas): Previsto para atendimento a usuários com transtornos decorrentes de uso a dependência de substâncias psicoativas, em municípios com população superior a 70 mil habitantes. Esse tipo de CAPS deve dispor de dois a quatro leitos para desintoxicação e repouso. Funciona das 8 às 18 horas, em dois turnos, podendo comportar um terceiro turno até as 21 horas de segunda à sexta-feira. A equipe para atendimento a 25 usuários por turno será composta por um médico psiquiatra; um enfermeiro com formação em saúde mental; um médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas; quatro profissionais de nível superior e seis de nível médio. (BRASIL. Ministério da Saúde)

Considerando as modalidades de CAPS, o nível de complexidade com relação ao atendimento varia, porém, os objetivos primordiais seguem pelo mesmo caminho e visam reduzir o número de internações psiquiátricas; integrar o portador de transtorno mental à comunidade visando sua reabilitação social, familiar e laboral; trabalhar as potencialidades dos usuários através de um plano terapêutico individualizado; promover junto ao ESF (estratégia Saúde na Família) a conscientização de familiares e sociedade sobre a patologia e as possibilidades de tratamento extra-hospitalares.³

Nesse contexto, vislumbra-se a importância da constituição dos CAPS como de redução progressiva e substitutiva das formas de tratamento aplicadas nos antigos manicômios, humanizando o atendimento e resgatando a identidade do usuário dentro da sociedade.

4. INTERVENÇÃO PROFISSIONAL NA SAÚDE MENTAL.

Os Assistentes Sociais em nosso país integram as equipes de saúde desde a década de 1940. Bravo (2013) explica que na saúde, os assistentes sociais deveriam conhecer a situação social dos pacientes para repassá-las ao médico.

A ação dos assistentes sociais na área de saúde, chamada de serviço social médico, foi inicialmente ligada à puericultura e a profilaxia de doenças transmissíveis e hereditárias. As funções exercidas pelos profissionais eram: Triagem socioeconômica, elaboração de fichas informativas sobre o cliente para ajudar o médico no tratamento, distribuição de auxílios financeiros para possibilitar a ida do cliente à instituição médica, conciliação do tratamento com os deveres profissionais do cliente mediante entendimentos com o empregador, cuidado com relação aos fatores emocionais e psicológicos do tratamento, adequação do cliente à instituição com a obtenção de sua confiança. (BRAVO, 2013, pg 156).

Considerando o início da atuação do assistente social à época reconhecida como serviço médico (década de 1940), verifica-se que a atuação daquele profissional era realizada de forma restrita e subordinada, pois os médicos incumbiam ao assistente social tarefas auxiliares no tratamento do paciente, eis que eram estes quem efetivamente realizavam o tratamento efetivo. As atribuições que o assistente social detinha à época se demonstrava insuficiente, além do que, não eram adequadas à verdadeira premissa e ao seu mister que é sempre buscar a valorização do ser humano.

Como nos prova a história, as sucessivas reformas psiquiátricas das quais algumas foram aqui enumeradas, sempre estiveram associadas a exigências societárias, numa nítida articulação com o embate entre os interesses das duas classes fundamentais da sociedade. Tais evidências comprovam que o campo que vem sendo identificado como atenção psicossocial constitui-se em espaço sócio-ocupacional do assistente social, posto que ali se expressa a questão social - nosso objeto. Mais note-se: o campo da atenção psicossocial aqui é entendido como plano que envolve as questões de assistência, moradia, trabalho, cidadania... relativos aos usuários dos serviços de saúde mental, que não pode ser confundido com paradigma psicossocial onde é atribuída ao assistente social a prática de terapias. Há que se distinguir o campo do modelo. (ROBAINA, Maria, 2010, [online]).

Note-se que o assistente social quando inserido no campo da saúde mental, possui a função de prestar serviços de assistências aos usuários, bem como a sua família. Dentre diversas funções que o assistente social possui, podemos citar serviços que devem ser garantidos afim de assegurar a dignidade do indivíduo, tais como: assegurar moradia, assegurar ao indivíduo sua inserção social e condicionar uma vida digna a estes, sendo que o paradigma psicossocial que está intimamente ligado a práticas de terapias não correspondem as suas atribuições distanciando do projeto ético-político do serviço social.

Nas décadas de 1960 e 1970, o serviço social possuía a ideologia de que o assistente social deveria trabalhar somente com o indivíduo observando o meio no qual aquele estava inserido. Deste modo, pode-se observar que a forma de trabalho desenvolvida pelo assistente social não considerava o contexto sócio-político no qual o indivíduo estava inserido, o que causava uma situação de administrar os conflitos sem combatê-los efetivamente.

De acordo com Bisneto (2007), o Movimento de Reconceituação na América Latina lançou uma série de críticas à atuação tradicional do Serviço

Social, dentre elas a de que a própria assistência social contribuía para a reprodução da opressão de um sistema de classes, uma vez que viabilizava a manutenção das desigualdades por meio da execução de políticas sociais que apenas administravam os conflitos sociais sem resolvê-los de fato. (BISNETO, 2007)

Considerando que uma das premissas do serviço social é a busca da valorização do ser humano combatendo um sistema de opressão, tem-se que o assistente social no exercício de sua função deve ser combativo às desigualdades executando ações efetivas que resolvam os conflitos. No campo da saúde mental, deve-se manter o mesmo contexto, visto que o indivíduo que necessita de ajuda ao tratamento deve ter garantido por meio do assistente social o acesso a melhores condições de vida.

Netto descreve o movimento de renovação da profissão no pós-1964 em três vertentes: [...] a perspectiva modernizadora revela um feixe de profundas vinculações com a ordem sociopolítica oriunda do golpe de abril. (...) No âmbito estrito da profissão, ela se reporta aos seus valores e concepções mais “tradicionais”, não para superá-los ou negá-los, mas para inseri-los numa moldura teórica e metodológica menos débil, subordinando-os aos seus vieses “modernos”; (...) a perspectiva de reatualização do conservadorismo faz-se legatária das características que conferiram à profissão o traço microscópico da sua intervenção e a subordinaram a uma visão de mundo derivada do pensamento católico tradicional, mas o faz com um verniz de modernidade ausente no anterior tradicionalismo profissional, à base das mais explícitas reservas aos limites dos referenciais positivistas; a perspectiva que se propõe como intenção de ruptura com o Serviço Social “tradicional” ao contrário das anteriores possui como substrato nuclear uma crítica sistemática ao desempenho “tradicional” e aos seus suportes teóricos, metodológicos e ideológicos. Com efeito, ela manifesta a pretensão de romper quer com a herança teórico-metodológica do pensamento conservador (a tradição positivista), quer com os paradigmas de intervenção social (o reformismo conservador) (NETTO, 2010, p. 154-159).

Constata-se que, diante das diversas formas de atuação dos assistentes sociais na área da saúde, tais atividades estão intimamente ligadas em informar, facilitar e aproximar o usuário aos serviços de saúde prestados pelo SUS. O Conselho Nacional de Saúde (CNS), através da Resolução nº 218, de 06 de março de 1997 reconhece o Assistente Social entre outras categorias de nível superior como profissional de saúde.

Conforme se afere nas lições de Eduardo Mourão de Vasconcelos, diante das dificuldades de atuação específica na área da saúde mental, o assistente social se distancia do projeto ético-político do serviço social. Especificamente quanto à atuação na área da saúde mental, verifica-se de forma evidente que existem

dificuldades na atuação e desenvolvimento das suas atividades, pois este profissional acaba buscando seus referências em outros campos profissionais, como o da psicologia. Tal conduta acaba prejudicando e distanciando cada vez mais a sua atuação do assistente social nos compromissos éticos-políticos conquistados pelo serviço social. Nesse contexto, observa-se um empobrecimento teórico da categoria, principalmente quando se afere os temas relacionados à subjetividade do serviço social brasileiro contemporâneo, o que gera reflexos negativos na formação cultural profissional e na prática concreta da atuação desses profissionais.

Nos campos de atuação e nos grupos de clientela do serviço nos quais as questões relacionadas à subjetividade individual e coletiva têm presença marcante, tais como os das crianças em situação de rua, aidéticos, idosos, doentes terminais, presidiários, vítimas de violência e negligência social séria, portadores de transtornos mentais, deficientes físicos e mentais, etc., O profissional tende a se sentir ainda mais despreparado para a sua atuação, tanto no sentido de suporte teórico-metodológico, da instrumentalidade prática, como também no sentido de sua própria subjetividade. (VASCONCELOS, 2010, p. 205).

Por fim, pode-se considerar que a intervenção do assistente social pós reforma psiquiátrica busca a evolução contínua quanto a sua própria atuação no campo da saúde, e, mesmo considerando essa busca, a política de saúde mental em nosso país imprime grande investimento na transformação do assistencialismo, no entanto, não busca a equivalência ou igualdade da proteção do próprio trabalho do assistente social, o que acaba por precarizar o trabalho deste profissional, bem como precarizar a própria política social. (ROBAINA, 2010).

“(...) Historicamente, os assistentes sociais no Brasil vêm participando da trajetória da psiquiatria e de suas sucessivas reformas, com maior ou menor expressão e contingente. As perspectivas teórico-metodológicas foram se conformando em consonância com as mudanças societárias e com o processo de amadurecimento da própria profissão, do qual as mudanças do próprio Código de ética são exemplos. (...)” (ROBAINA, Maria, 2010, [online]).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das referências apresentadas neste trabalho, pode-se concluir que a problemática discutida no campo da Saúde Mental exige do profissional do Serviço Social uma constante revisão de suas atribuições, tendo em vista sua atuação interdisciplinar, possibilitando uma ampla área de atuação. Por outro lado, considerando as questões acima descritas é necessário ressaltar que essas problemáticas impõem ao Serviço Social uma discussão quanto a sua indefinição profissional.

Portanto, o processo de formação profissional do Serviço Social deve-se pautar nas três dimensões: teórico-metodológico, técnico-operativo e ético-político, pois, suas atribuições estarão sempre sujeitas a avaliações e reorientações. Deste modo, sabendo que o indivíduo pode apresentar diferentes situações ao Assistente Social, devemos estar preparados para resolver os conflitos vivenciados por ele, principalmente no que tange aos usuários em sofrimento psíquico, uma vez o Assistente Social possui o dever de facilitar o acesso à política de Saúde Mental e não apenas se ater a realizar terapias de grupos e prestar diagnóstico clínico.

Dessa forma, o Serviço Social é uma profissão que possui como uma de suas premissas reconhecer a liberdade do indivíduo, ou seja, o Serviço Social procura valorizar o ser humano como cidadão frente as inúmeras arbitrariedades e autoritarismos praticados das mais variadas formas. Diante disso, observa-se de forma evidente que os fundamentos que constituem o Código de Ética do Serviço Social priorizam a valorização do ser humano garantindo-lhe o reconhecimento dos seus direitos em face aos problemas enfrentados pelo cidadão na relação com o Estado. (Adão. Veronica. 2015).

NOTAS DE REFERÊNCIAS

[1] Centro Cultural Ministério da Saúde (CCM). A Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Política de Saúde Mental. < <http://www.ccs.saude.gov.br/vpc/reforma.html>> Acesso: 05/03/2018.

[2] Ministério da Saúde. Portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002. Regulamentação dos CAPS. < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html> Acesso: 12/03/2018

[3] Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf> Acesso: 12/03/2018

REFERÊNCIAS

- BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e Saúde Mental**: uma análise institucional da prática. São Paulo: Cortez, 2007.
- BISNETO, José Augusto. **Uma análise da prática do Serviço Social em saúde mental**. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 82, 2005.
- ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo**: fundamentos sóciohistóricos. São Paulo: Cortez, 2013.
- SILVA, CUNHA, BULCÃO. **Seminário Nacional de Serviço Social: Trabalho e Política Social**. Florianópolis, 2015. [pdf]
- BRASIL. **Lei Federal nº 10.216** – de 06 de Abril de 2001. Direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionamento do modelo assistencial em Saúde Mental.
- BRASIL. **PORTARIA/GM nº 336 - De 19 de fevereiro de 2002** Estabelece os tipos de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II, e seu modelo de funcionamento.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. <
http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atualcao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf> Acesso em 20 de Março de 2018.
- ROBAINA, Conceição Maria Vaz. **O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental**. In: Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 102, p. 339-351, abr./jun. 2010
- VASCONCELOS, Eduardo M. (Org.). **Saúde Mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 5ª Ed. São Paulo: Cortez, 2010.
- MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos Assistentes Sociais no campo da Saúde. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2009, p. 273-303.
- MOTA, Ana Elizabete; BRAVO M.I.S; UCHÔA, R; NOGUEIRA, V; MARSIGLIA, R; GOMES, L; TEIXEIRA M. (orgs). **Serviço Social e Saúde**: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2009.
- Adão, Veronica Larissa Amorim. **A gratuidade no tratamento dialítico, distribuição de medicamentos ao paciente portador de insuficiência renal**

crônica. IRC e a importância da atuação do Assistente Social no acesso à esses direitos. 2015

Bicho de sete cabeças. Direção Lais Bodansky, Sony Pictures, 2001. 1 DVD (74min), color.

Intervenção na casa de saúde Anchieta. Santos 1989 . Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=7J192djiUvg>> Acesso em: 26/03/2018

ANEXOS

LEI FEDERAL 10.216/2001

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

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

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

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

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

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

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

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

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

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

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

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

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

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

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

instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

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

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

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

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

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

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

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

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

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

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

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

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

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

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do

estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

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

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

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

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

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

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

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

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Jose Gregori

José Serra

Roberto Brant

PORTARIA Nº 336, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002

O MINISTRO DA SAÚDE, NO USO DE SUAS ATRIBUIÇÕES LEGAIS;

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

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

Art.1º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

d - visitas domiciliares;

e - atendimento à família;

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

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

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

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

b - 01 (um) enfermeiro;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

d - visitas domiciliares;

e - atendimento à família;

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

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

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

a - 01 (um) médico psiquiatra;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração da criança

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

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

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

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

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

b - 01 (um) enfermeiro.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

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

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

h - atendimento de desintoxicação.

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

a - 01 (um) médico psiquiatra;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

JOSÉ SERRA