

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS – UFSCar  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS – CECH  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – PPGPSI  
NÚCLEO DE ESTUDOS TRABALHO, SOCIEDADE E COMUNIDADE –  
NUESTRA

Deborah Placeres de Araujo

**Construção do CAPS infantojuvenil II no município de Bauru: articulações com  
o território**

BAURU/SP

2024

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS – UFSCar  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS – CECH  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – PPGPSI  
NÚCLEO DE ESTUDOS TRABALHO, SOCIEDADE E COMUNIDADE –  
NUESTRA

Deborah Placeres de Araujo

**Construção do CAPS infantojuvenil II no município de Bauru: articulações com  
o território**

Dissertação de Mestrado em Psicologia, Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de São Carlos. Área de concentração: Comportamento e Cognição Linha de pesquisa: Comportamento Social e Processos Cognitivos. Orientadora: Profª. Dra. Rosemeire Aparecida Scopinho.

BAURU/SP  
ABRIL DE 2024



## UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Educação e Ciências Humanas  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

### Ata de Defesa de Dissertação

**Candidata: Deborah Placeres de Araujo**

Aos 19/04/2024, às 09:30, realizou-se na Universidade Federal de São Carlos, nas formas e termos do Regimento Interno do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, a defesa de dissertação de mestrado sob o título: Construção do CAPS infantojuvenil II no município de Bauru: articulações em Rede e com o território, apresentada pela candidata Deborah Placeres de Araujo. Ao final dos trabalhos, a banca examinadora reuniu-se em sessão reservada para o julgamento, tendo os membros chegado ao seguinte resultado:

#### Participantes da Banca

Profa. Dra. Rosemeire Aparecida Scopinho  
Profa. Dra. Nilma Renildes da Silva  
Prof. Dr. Nilson Berenchtein Netto

Função	Instituição	Conceito	Resultado Final
Presidente	UFSCar	A	<u>Aprovada</u>
Titular	UNESP	A	
Titular	UFU	A	

#### Parecer da Comissão Julgadora\*:

Encerrada a sessão reservada, o presidente informou ao público presente o resultado. Nada mais havendo a tratar, a sessão foi encerrada e, para constar, eu, Monalisa Muniz Nascimento, representante do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, lavrei o presente relatório, assinado por mim e pelos membros da banca examinadora.

Documento assinado digitalmente  
ROSEMEIRE APARECIDA SCOPINHO  
Data: 02/06/2024 10:00:14-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

\_\_\_\_\_  
cida Scopinho

\_\_\_\_\_  
Representante do PPG: Monalisa Muniz Nascimento

\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Nilma Renildes da Silva

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Nilson Berenchtein Netto

Certifico que a defesa realizou-se com a participação à distância do(s) membro(s) Rosemeire Aparecida Scopinho, Nilma Renildes da Silva, Nilson Berenchtein Netto e, depois das arguições e deliberações realizadas, o(s) participante(s) à distância está(ao) de acordo com o conteúdo do parecer da banca examinadora redigido neste relatório de defesa.

\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Rosemeire Aparecida Scopinho

Documento assinado digitalmente  
gov.br ROSEMEIRE APARECIDA SCOPINHO  
Data: 02/06/2024 10:03:43-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

## AGRADECIMENTOS

Aos Professores que proporcionaram enorme apoio e compreensão: Rose, Nilma e Netto.

À psicóloga Marianne, por todos os anos de terapia e carinho, essenciais pra que eu me mantivesse em pé.

Ao Michel - melhor amor, melhor amigo, companheiro de luta, e companheiro de viagem.

À Luiza e sua família - guardo vocês pra sempre no coração e espero revê-los o quanto antes.

À Leo, Gides, Camael e Thiago - minha família de escolha, com quem compartilhei e espero ainda compartilhar inúmeros momentos importantes na vida.

Aos jovens que atendi e atendo - espero que continuemos aprendendo uns com os outros, e que conquistemos cada vez mais conforto em viver.

Aos meus parceiros de trabalho - “na saúde e na doença”, seguiremos enfrentando os perrengues juntos e colhendo os frutos de um trabalho ético, crítico e afetuoso.

Aos joguinhos que finalmente poderei voltar a jogar, dentre outras partes muito importantes da vida que espero poder retomar após a conclusão deste ciclo.

DE ARAÚJO, Deborah Placeres. Construção do CAPS infantojuvenil II no município de Bauru: articulações com o território. 2024. 143p. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de São Carlos, Bauru, 2024.

## RESUMO

Na última década, a literatura nacional e as referências técnicas disponíveis acerca da atuação na Rede de Atenção Psicossocial evidenciaram que, para além da criação do serviço, a implementação do modelo de cuidado integrado preconizado pelas políticas públicas de saúde enfrenta inúmeras contradições teóricas e práticas. Nesse sentido, questionou-se de que maneira pode-se organizar um Caps infanto-juvenil II localizado no município de Bauru. A sustentação metodológica do estudo baseia-se no materialismo histórico e dialético. A escolha do método perseguiu o critério científico, aliado a um posicionamento crítico sobre a sociedade capitalista e suas expressões. Para registrar integralmente uma proposta de atuação na referida Unidade, propôs-se desenvolver uma pesquisa teórico-conceitual que utilizou como principal fonte o acúmulo técnico-científico disponível. A partir de uma revisão da literatura nacional acerca do tema, publicada nos últimos 10 anos, do levantamento documental sobre a trajetória do CAPSij, e com base na teoria da determinação social do processo saúde-doença, buscou-se compreender em sua totalidade as funções do serviço, evidenciando as potencialidades, limitações e desafios que constituem a luta pela construção do SUS.

Palavras-chave: saúde mental, psicologia social, centro de atenção psicossocial, juventude

## ABSTRACT

In the last decade, the national literature and the technical references available on the work in the Psychosocial Care Network have shown that, in addition to the creation of the service, the implementation of the integrated care model recommended by public health policies faces numerous theoretical and practical contradictions. In this sense, the question was how a children's and youth Psychosocial Care Center (CAPSij), located in the municipality of Bauru could be organized. The methodological support of the study is based on historical and dialectical materialism. The choice of method followed scientific criteria, combined with a critical position on capitalist society and its expressions. To fully record a proposal for action in the aforementioned Unit, it was proposed to develop theoretical-conceptual research that used the available technical-scientific accumulation as

its main source. Based on a review of the national literature on the subject, published in the last 10 years, the documentary survey on the trajectory of the CAPS. Based on the theory of social determination of the health-disease process, we sought to fully understand the functions of the service, highlighting the potential, limitations and challenges that constitute the struggle to build the SUS.

Keywords: mental health, psychosocial care center, social psychology, youth

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
Objetivos.....	12
Método.....	13
<b>1 HISTÓRICO DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....</b>	<b>15</b>
1.1 Estado mínimo e Setorialização das políticas públicas.....	15
1.2. Sistema Único de Saúde.....	17
1.3 Rede de Atenção Psicossocial.....	24
1.4 Estatuto da Criança e do Adolescente.....	35
1.5 Política de Saúde Mental infanto-juvenil.....	38
1.6 Psicólogos na Saúde.....	40
<b>2 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO.....</b>	<b>43</b>
2.1 Políticas de Saúde e Saúde Mental no Município.....	43
2.2 Unidade.....	45
2.3 População atendida (dados preliminares).....	49
<b>3 CONCEITUAÇÕES CENTRAIS PARA O ESTUDO.....</b>	<b>53</b>
3.1 Os Determinantes Sociais de Saúde e a Determinação Social da Saúde.....	53
3.2 Juventudes.....	59
3.3 Trabalho em saúde.....	61
<b>4. SOBRE O PROJETO TÉCNICO DO CAPSij.....</b>	<b>64</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>65</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>65</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>80</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>139</b>

## APRESENTAÇÃO

O interesse por pesquisar o trabalho em saúde mental e processos político-organizativos surgiu no quarto ano de graduação, durante o desenvolvimento de uma Iniciação Científica sobre a aquisição de repertórios de comportamento verbal e motivação entre alunos de uma Escola Municipal de Ensino Fundamental. Ao longo da realização da IC, nos deparamos com uma sucessão de contradições as quais o aporte teórico de nosso Grupo de Estudos e Pesquisas ainda não se propunha a contemplar efetivamente. Medicalização da infância, violência de Estado, e produção do fracasso escolar eram algumas das problemáticas identificadas no processo de escolarização dos participantes, mas que foram apontadas como relações de controle que poderiam ser desveladas apenas quando estudadas em Grupos de Pesquisa em Psicologia Social. Durante a graduação, realizei três estágios supervisionados obrigatórios, todos vinculados ao Departamento de Psicologia da Unesp/Bauru, e cujas práticas e estudos foram também essenciais para a idealização do projeto voltado para o mestrado.

Entre 2020 e 2021, planejei e conduzi, encontros à distância com alunos e professores de um Cursinho Popular vinculado à USP, com intuito de dialogar a respeito de saúde mental e rotinas de trabalho e estudo durante a Pandemia de Covid-19. Trabalhei como Psicóloga Clínica até junho de 2022, momento no qual iniciei a trajetória no serviço público municipal, pela Divisão de Saúde Mental da Secretaria de Saúde da Prefeitura de Bauru.

As práticas e produções citadas, dentre outras, guardam profunda relação com meu percurso enquanto militante de base, e tiveram em comum a orientação ética e política que busca ativamente destrinchar mecanismos hegemônicos de relações de trabalho e de atenção psicossocial.

Acredito que a proposta do presente estudo conectou-se com a Linha de pesquisa em Comportamento Social e Processos Cognitivos do PPGPsi - Ufscar à medida que esta possibilita a construção de conhecimento em prol de uma descompartmentalização das práticas acadêmicas e profissionais. Os acúmulos do Núcleo de Estudos em Trabalho, Sociedade e Comunidade (NUESTRA), por sua vez, ofereceram a sustentação fundamental para compreender saúde enquanto elemento multideterminado, construído em função das relações sociais, localizadas em uma conjuntura histórica; e priorizar, portanto, as gestões coletivas da vida nos territórios.



## INTRODUÇÃO

Na medida em que a exploração da força de trabalho, justificada pela necessidade de crescimento econômico, é intensificada e ampliada pela aceleração dos ritmos de produção e pelo modo de organização do trabalho, as condições e relações laborais vêm-se cada vez mais precarizadas. O individualismo, competitividade e imediatismo exigidos pelos modos de gestão de trabalho voltados para o acúmulo de capital são alimentados por políticas e discursos neoliberais e culminam em padrões comportamentais que se propagam nos mais diversos âmbitos das relações humanas, produzindo o sofrimento psíquico que se expressa nos quadros sintomáticos comumente observados nas frentes de atenção em saúde mental (VIAPIANA; GOMES; ALBUQUERQUE, 2018).

Inegavelmente, estudos em saúde pública representaram um avanço ao considerarem que o trabalhador não é um agente isolado, esclarecendo que o mesmo está exposto aos riscos oriundos de processos de vulnerabilização. Entretanto, os profissionais do Sistema Único de Saúde ainda encontram-se profundamente restritos às práticas cotidianas predominantemente medicalizadas e individualizantes, culpabilizando os usuários e seus familiares pela emergência de “comportamentos desadaptativos”, e pelo descumprimento de regras e prescrições desconexas da realidade objetiva (KEPPLER; YAMAMOTO, 2016). Discutir os possíveis formas de organização do trabalho em saúde mental com jovens, objeto da presente pesquisa, demandou revisitar a construção de práticas e concepções, e como estas se articulam com o compromisso ético-político com pessoas que enfrentam estigmatização em suas famílias, escolas, locais de trabalho, e demais círculos sociais.

Como passo inicial da elaboração dessa pesquisa, foi feita uma revisão integrativa da literatura para delimitar com maior precisão o problema a ser abordado. Vechiatto e Alves (2019) analisaram periódicos publicados nacionalmente entre 2002 e 2013 que tratassem da construção e do funcionamento do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPS-ij), com finalidade de traçar as condições históricas e sociais da assistência à saúde mental infanto-juvenil no Brasil. A partir da análise dos materiais encontrados, os autores concluíram que o CAPS-ij foi criado para organizar a RAPS para crianças e adolescentes, segmento populacional historicamente submetido às práticas de institucionalização. No entanto, desde a criação do serviço, o CAPS-ij não se consolidou como tal, e pauta-se em um ideário biomédico e positivista ao planejar e efetivar suas ações (VECHIATTO; ALVES, 2019). Atualmente, passados 21 anos desde a implementação da Portaria 336, pressupõe-se a necessidade de averiguar possíveis mudanças e permanências entre as evidências existentes na literatura.

Por meio da revisão, indispensável para identificar os problemas que precisam ser investigados em uma dada área (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008), objetivou-se mapear características históricas e sociais da construção e do funcionamento dos CAPS-ij na produção científica nacional, a fim de averiguar a continuidade das evidências introduzidas por Vechiatto e Alves (2019). Assim, foram selecionados trabalhos indexados e publicados entre 2014 e 2023, disponibilizados integralmente on-line, em português e/ou inglês, nas bases Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde - Psicologia Brasil (BVS-psi), e catálogo de teses e dissertações da CAPES. Os descritores utilizados foram: ‘centro de atenção psicossocial infanto-juvenil’ e ‘centro de atenção psicossocial infantil’. Foram encontrados ao todo 83 textos.

Após a leitura dos títulos e dos resumos desses textos, foram excluídos aqueles que tratavam de estudos realizados à parte do serviço, e selecionados 49 os quais tratavam da temática escolhida, dentre os quais: 18 dissertações, 1 tese, e 30 artigos. Foram construídas tabelas por ano de publicação, nas quais foram listados objetivos, sujeitos, metodologia, resultados e conclusão de cada estudo. Conforme a definição utilizada por Vechiatto (2019) a respeito de compreensões hegemônicas e contra-hegemônicas de pesquisa em saúde<sup>1</sup>, foram elencadas duas categorias homônimas para a classificação das produções encontradas - sendo a segunda categoria correspondente à proposta do presente estudo. Os resultados desse levantamento permitiram destacar um número de 37 produções que delimitam os fatos, limites, e potencialidade de organização da RAPS e de produção de saúde e a partir de compreensões hegemônicas, enquanto que 12 textos buscaram compor críticas a essas compreensões, descrevendo como refletem na construção e na execução de políticas públicas.

Em grande parte das publicações, prevalece o olhar clínico-individual, sinalizando o entendimento de que a saúde mental é uma categoria ontológica, universal, dependente dos mecanismos intrapsíquicos do sujeito. Artigos como os de Girianelli et al. (2023), Messias et al. (2022), Araújo et al. (2022), e Santo, Bedin e Aglio (2022) pautaram-se nos estudos de prontuários de diferentes CAPSij para quantificar dados de sintomatologia e de fatores de risco, com intuito de aprimorar manuais de diretrizes clínicas e modelos de intervenção.

---

<sup>1</sup> Compreensões hegemônicas incluem a concepção de que as causas dos “quadros” de sofrimento são de ordem orgânica, genética e ambiental; reforçam a compartimentalização de saberes, e produzem análises que se isentam de reconhecer bases materiais dos fenômenos observados; Compreensões contra-hegemônicas devem abarcar a apreensão dos supostos transtornos como expressões de determinantes sociais, econômicos e políticos, e reconhecer a necessidade de demarcar o caráter político do trabalho em saúde (VECHIATTO, 2019).

Muitas das produções averiguadas identificam as “mazelas” do trabalho em saúde e da vida em sociedade enquanto “falhas do sistema”, e propõem a ampliação de capacitações (SILVA et al., 2019), ações de apoio matricial (MANDAJ, 2021; GARCIA; SANTOS; MACHADO, 2015), e atendimento humanizado (ROSSI; CID, 2019; FARIAS et al., 2014; PEREIRA; SÁ; MIRANDA, 2017), sem explicitar as possíveis limitações da institucionalidade destas propostas.

Em concordância com Vechiatto (2019), entende-se que tais discussões não podem passar inadvertidas no meio científico, e não se deve correr o risco de tratar os resquícios do paradigma manicomial e a precarização do SUS como falhas, pois são operados conforme propõe o modo de produção vigente. Em linha similar, Patto (2022), a respeito da produção do fracasso escolar, remonta a intencionalidade deste fenômeno, o qual adquire influência direta no perfil dos encaminhamentos recebidos pelo CAPSij, os quais serão melhor detalhados no Capítulo 2.

O fato dos centros comumente divergirem dos princípios preconizados em lei e pelos manuais técnicos guarda profunda relação com as lacunas impostas pelo Estado e que confluem na administração da Rede, sendo necessário elaborar propostas que ultrapassem o âmbito institucional para a efetiva superação das contradições observadas (DOS SANTOS, 2020; VECHIATTO, 2019). Em contrapartida, a revisão evidenciou que há centros que conseguem conciliar as diretrizes das cartilhas com determinadas práticas do cotidiano. A atual política de saúde mental infantojuvenil propõe que as ações nesse campo devam se somar a várias outras, para que, em contínuo diálogo intersetorial, garanta-se integralidade dos cuidados (CUNHA; BOARINI, 2011). Estudos como os de Barros et al. (2022), Muylaert et al. (2015), Couto e Delgado (2015) buscaram avaliar o desenvolvimento de ações em rede de cuidados de base territorial, composta por diferentes instituições e pessoas.

Com o CAPSij, constituiu-se uma modalidade de assistência voltada para o acompanhamento de crianças e adolescentes “acometidos por grave sofrimento psíquico” - cujos critérios de inserção podem contar com diferentes variáveis, a serem discutidas adiante -, bem como o ordenamento da demanda do segmento no território o qual abrange. Sua função é consolidar-se como base para a desinstitucionalização, efetivando um novo modelo de atenção. Para tanto, é preciso que o equipamento se oriente pelo princípio de que crianças e adolescentes “são sujeitos de direitos”, responsáveis por sua demanda, sintoma e sofrimento, devendo ser ouvidos e tratados singularmente (BRASIL, 2005a).

Zaniani e Luzio (2014) apontam como efeito desses redirecionamentos o reconhecimento do cuidado à saúde enquanto um fenômeno complexo. Compreende-se este

cuidado como toda e qualquer ação desenvolvida com a intenção de promover, manter ou recuperar a saúde, sendo este um processo contínuo, marcado por condicionantes históricos e sociais e que, portanto, reivindica serviços diversificados e articulados em rede. Nestes termos, a atenção psicossocial deve fazer-se integral, territorializada, inter e transdisciplinar.

Diversas produções atribuem a esta conduta o termo “clínica ampliada”. Esta conduta seria, então, de responsabilidade de toda a equipe e solicita que a abordagem em saúde mental não se restrinja ao espaço físico do equipamento. Também não se trata de uma transposição das práticas psiquiátricas/psicológicas curativas ou das especialidades para o espaço público, mas da interlocução com o usuário em seu território, priorizando a produção e o usufruto de todos os bens da produção social, ao invés da supressão de sintomas (LUZIO, 2011).

Até então, foi possível observar diferentes convergências entre os princípios que regem o SUS e os preceitos da Psicologia Social, tais quais a proposição da historicidade dos processos sociais e da centralidade da manutenção coletiva dos bens e serviços. Como categoria que, continuamente, se depara com as contradições de seu trabalho nas mais diferentes áreas que o absorvem, o psicólogo atuante na Rede deve exercer um papel de cuidado, prevenção, intervenção e difusão de informações para que o sujeito tome a atividade como formadora constante de sua própria identidade e cidadania e busque soluções coletivas para os problemas que fomentam o ciclo de adoecimento. (MARTÍN-BARÓ, 1996).

Dentre os desafios apontados para o processo de transição para um modelo de cuidado integrado, está a falta de um conhecimento abrangente sobre o funcionamento dos serviços e o número reduzido de publicações científicas sobre a saúde mental infanto-juvenil no Brasil (ZIANI; LUZIO, 2014; VECHIATTO; ALVES, 2019). Zaniani e Luzio (2014), a partir da análise das contribuições de produções publicadas entre 2001 e 2011, indicam que as condutas terapêuticas no CAPSij devem interagir com os recursos do território de determinada comunidade, reiterar a corresponsabilização das famílias, escolas e outros setores sociais nas estratégias de proteção e promoção da qualidade de vida, e favorecer o estabelecimento de vínculos de confiança adulto-criança que incluam qualidade na supervisão e nos modelos proporcionados pelos adultos.

Dada a literatura acerca do tema resgatada e exposta até então e a presente inserção profissional da pesquisadora no campo de atuação citado, parece relevante analisar caminhos percorridos em meio às condições de atuação profissional, observando os aspectos que determinam a posição social imposta aos jovens, os princípios para sua proteção integral

e as contribuições da Psicologia Social para a organização de um serviço que se propõe enquanto substitutivo à lógica manicomial.

A relevância da presente investigação é justificada pela lacuna identificada na produção científica que articule saúde mental crítica e saúde pública com o referido segmento populacional, preconizando a politização das estratégias de produção de saúde. A literatura resgatada também indica a necessidade de se desenvolver e apurar experiências éticas e cientificamente respaldadas de organização e manutenção do serviço de atenção psicossocial infanto-juvenil.

Conforme será descrito no percurso metodológico, ao basear as condutas de cuidado à saúde na contínua sucessão entre atividades e reflexões construídas, pode-se concebê-las enquanto processos de aprendizagem, visto que buscam estabelecer relações que conferem sentidos a si e ao mundo através do planejamento e execução de práticas educativas (TEIXEIRA, 2016). A avaliação da produção destas relações constituirá uma fonte fundamental para o alcance dos objetivos postos.

Após introduzir a metodologia de nosso estudo, adentramos o histórico de elaboração e execução de políticas do SUS, da RAPS e de direitos na Juventude nos planos nacional, regional e municipal, expondo as contradições da gestão e assistência público-privada em saúde (1). Apresentado esse panorama, o reconhecimento do histórico do campo e da população que atualmente demanda por essas políticas foi fundamental para discutirmos os possíveis rumos na concretização de políticas na saúde pública para a juventude da cidade de Bauru (2). Em seguida, no Bloco 3, com base no levantamento de informações sobre o campo e o segmento populacional atendido, foram aprofundados os conceitos até então centrais na reivindicação e elaboração das políticas sociais descritas, e de que maneira são historicamente balizados pelas relações de produção.

O presente estudo culminou na elaboração de um Projeto Técnico, com vistas a aprimorar a organização interna da Unidade, suas estratégias de organização da Rede no município, e de interlocução com os diferentes níveis e pontos de atenção (4), bem como demarcar fundamentos para os processos coletivos conduzidos junto à Unidade - mas que não devem se encerrar nela.

### *Objetivos*

Objetivou-se descrever, discutir, e propor formas de organização do CAPSij e de operacionalização dos princípios que regem sua implantação, dadas as condições objetivas do campo sobre o qual se realizou a pesquisa.

Como objetivo específico delimitou-se: fortalecer as bases teórico-conceituais para o desenvolvimento de práticas que visem promover a construção de poder político entre jovens da classe trabalhadora pela ampliação do acesso a bens e direitos.

### *Método*

A delimitação do modo de produção como categoria básica para análise da sociedade – e, portanto, o trabalho como elemento central na mediação das relações sociais - exige o compromisso em interpretar a materialidade da vida por meio da reflexão e do permanente contato com a classe trabalhadora (KONDER, 1988). Nessa perspectiva, adotou-se o materialismo histórico e dialético como caminho teórico e estratégia metodológica para analisar o processo de desenvolvimento social.

Sob uma perspectiva histórica, preconiza-se a totalidade, ou seja, compreender todas as mediações e correlações correlatas, partindo-se do pressuposto de que não há um observador imparcial na produção de compreensões de sujeito/mundo. O método dialético, por sua vez, busca na linguagem – que, não necessariamente é apenas verbal – as contradições para realizar uma crítica informada a respeito. Diz respeito ao reconhecimento dos fenômenos em constante movimento, contradição e transformação, conferindo potencial para se chegar à base dos problemas sociais e a sua transformação (HARVEY, 2013).

Segundo Netto (2011), entende-se que o método trata de “uma determinada posição (perspectiva) do sujeito que pesquisa: aquela em que se põe o pesquisador para, na sua relação com o objeto, extrair dele as suas múltiplas determinações” (NETTO, 2011, p. 53). O ato de “extrair” as determinações são a própria busca pela essência do objeto de estudo, a qual deve partir de sua forma mais desenvolvida e dela realizar a abstração que permitirá relacionar o objeto com o contexto, ao qual está inserido. Esta abstração se dá no processo dialético do pensamento, que se constitui através da observação de um fenômeno singular em contradição com a totalidade no qual se insere, em um processo que compreende as mais diversas particularidades do objeto e do contexto histórico (NETTO, 2011). Nesta dissertação, a dimensão singular se define a partir das sínteses extraídas da ação para criação de um projeto para a atuação do CAPSij na RAPS em Bauru. A dimensão universal, - enquanto que sempre deve ser considerada dinâmica - pode ser enquadrada como o contexto do território, considerando suas expressões históricas e conjunturais, bem como as dinâmicas sociais intrínsecas ao confronto político no contexto político brasileiro em que se deu a pesquisa.

Com base nesta compreensão, acredita-se na importância da priorização da formação de consciência política para o desenvolvimento de práticas de cuidado à saúde que contribuam para a perspectiva de superação de práticas e conceitos individualizantes, que perpetuam desigualdades e desafios que lhes são impostos.

É necessário destacar que o método é um modo de análise que visa interpretar os fenômenos a partir de procedimentos sistemáticos. Estes procedimentos se expressam na delimitação do problema de pesquisa e questões norteadoras mencionadas, nos objetivos específicos e na forma com que os dados serão coletados, interpretados e na apresentação das conclusões do estudo.

#### *Procedimentos de coleta*

A realização das atividades de busca de informações se deu via levantamento documental em fontes e bases de acesso público e gratuito.

A coleta de dados foi viabilizada mediante a aprovação pelos respectivos Comitês de Ética do Centro de Educação e Ciências Humanas - CECH e da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Bauru. Os dados coletados não incluíram informações que possibilitam a identificação de usuários ou profissionais, tratando-se apenas de informações de caráter quantitativo.

Para contextualizar o debate sobre as atuais dificuldades e potencialidades das quais a RAPS dispõe no município, foram consultados protocolos de atenção e de encaminhamento vigentes durante a realização da presente pesquisa. Os protocolos vigentes são disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Bauru, e através do site institucional da PMB, intitulada “Protocolos de Atenção à Saúde<sup>2</sup>”.

#### *Análise de dados*

A construção das categorias de análise do estudo se deu pelo cruzamento entre as categorias teóricas e categorias empíricas resgatadas na literatura nacional disponível. A interpretação dos resultados foi balizada pelo referencial teórico, relacionando-os com os preceitos das políticas de saúde, os diferentes processos históricos e sociais que as atravessam - características centrais para uma prática em saúde (MARTINS, 2007; SÁNCHEZ VIDAL, 2007).

---

<sup>2</sup> Disponível em: <[https://www2.bauru.sp.gov.br/saude/protocolos\\_saude.aspx](https://www2.bauru.sp.gov.br/saude/protocolos_saude.aspx)>. Acesso em 06/02/2024.

Dentre os meios proporcionados pelos aportes teóricos interdisciplinares para a organização de práticas em saúde mental crítica com jovens, foram visitadas as concepções de Determinação Social da Saúde, juventude, e trabalho em saúde.

#### *Limitações do estudo*

Condições de trabalho: a alta imprevisibilidade das demandas que se apresentam ao serviço influenciaram fortemente na agenda de manutenção da organização interna, resultando na recorrente prorrogação de projetos e produções técnicas.

## 1 HISTÓRICO DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

### *1.1 Estado mínimo e Setorialização das políticas públicas*

Ao final da década de 1970, em um cenário global de crises econômicas e de oposição ao modelo de intervenção estatal, foram propagadas propostas de reformas que incidiram sobre a administração pública, promovendo questionamentos quanto ao modelo, apontado-o como moroso e deslocado das necessidades dos cidadãos (SILVA; LIMA; TEIXEIRA, 2015). Os governos de Margaret Thatcher e Ronald Reagan, foram considerados precursores dessa conjuntura internacional de reforma de Estado e do desenvolvimento do modelo gerencialista no campo da gestão pública. Este modelo, adotado por diversos outros governos neoliberais, incorpora discursos e práticas oriundas do setor privado para organizações da esfera pública em diferentes áreas (SECCHI, 2009).

O Estado brasileiro contemporâneo possui um histórico de atuação como regulador das relações sociais a serviço do acúmulo de capital e da proteção da propriedade privada e das liberdades individuais, redistribuindo os benefícios sociais com vistas a compensar as desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico (PAIVA; YAMAMOTO, 2010). O Brasil, mesmo sem possuir um aparelho de Estado com uma burocracia estruturada, foi atravessado por críticas ao modelo de administração pública com participação do Estado na provisão de serviços sociais. O gerencialismo, traduzido como Administração Pública Gerencial, buscou criar uma cultura organizacional orientada pela competitividade, flexibilidade, pagamento por produtividade, terceirização e regimes temporários de emprego, entre outras características (SILVA; LIMA; TEIXEIRA, 2015).

Apesar do grave quadro de desigualdade social que assolava o país, as perspectivas do governo pós-redemocratização guiaram-se para a redução do gasto público destinado às políticas sociais, medida central para o programa de inspiração neoliberal. Paiva e



Yamamoto (2010) assinalam que com o enxugamento do Estado brasileiro, este passou a compartilhar as responsabilidades pela "questão social" com dois "setores": o mercado (segundo setor; privatização) e a sociedade civil (terceiro setor; ação filantrópica, voluntária).

O recorte da realidade social em esferas leva à implementação de políticas setorializadas, sem um projeto de sociedade que as articule, despolitizando suas bases e reduzindo o compromisso social ao dever moral e de "inclusão social" (COSTA, IANNI, 2018). A mudança de foco dos movimentos sociais para organizações não-governamentais (ONGs), fundações, associações, dentre outras, atrelada a produção de discursos de inclusão e neutralidade política, corroboram para o velamento de tensões históricas e das vias de participação e transformação social (YAMAMOTO, 2007; PAIVA; YAMAMOTO, 2010, SILVA; LIMA; TEIXEIRA, 2015). Frazatto e Sawaia (2016), denotam que os conceitos de exclusão e inclusão não expõem a história de opressão e o sistema responsável por esse processo, deixando a entender que o indivíduo é naturalmente excluído e exclusivamente responsável por sua vulnerabilização. A autora sintetiza que a exclusão não é uma falha do sistema, mas um produto do funcionamento do sistema, e a adoção desses termos vem com o objetivo de falsear a geração de consciência sobre as condições que descrevem a realidade.

Segundo orientações do Banco Mundial, o mercado é central na organização da vida social, e, sob a prerrogativa da escassez de recursos, os gestores devem adotar formas mais 'eficientes' de operar as políticas públicas (RIZOTTO, 2016). Em uma sociedade onde o lucro domina as prioridades de pesquisa, a abordagem preventiva do sistema de saúde torna-se gradativamente uma parte mínima, e a escassez revela-se então como reflexo de escolhas políticas (CARNUT; FERRAZ, 2021).

A decisão política de reduzir gastos do Estado com direitos sociais, dos quais a saúde é um deles, se traduz na apropriação do fundo público pelo mercado financeiro, e a consequente transformação deste em mais uma forma de acumulação e reprodução do capital (MENDES, 2014). Nesses moldes, a implementação de ações estatais em um país de capital dependente inevitavelmente sofre edições que minam os interesses da classe trabalhadora, desdobrando-se em mecanismos jurídicos e ideológicos de dominação do trabalho pelo capital cada vez mais complexos, os quais favorecem as escaladas de violência e da piora das condições de vida na sociedade, especialmente entre populações historicamente marginalizadas (YAMAMOTO, 2007). Ao invés de recorrer ao desvelamento das bases que criam as circunstâncias de precarização da vida enfrentadas, campanhas e

programas do governo corroboram para a manutenção do modelo biomédico de saúde, cooptando e distorcendo pautas indissociáveis da necessidade de transformação da realidade material, como a de acessibilidade para pessoas autistas (ARAÚJO, 2022) e a de prevenção do suicídio (STAVIZKI JUNIOR, 2021).

Os debates sobre concepções de saúde, promoção, prevenção e recuperação, substanciados pelas mobilizações populares, são temas em destaque para aqueles que se agregam em torno da saúde coletiva, da psicologia social e comunitária, da medicina social latino americana, e campos correlatos. Neste contexto, considera-se que saúde não se trata de um estado de normalidade biopsicossocial, mas uma sucessão de compromissos com as realidades material, afetiva, e social (DEJOURS, 1986).

Ao longo dos 35 anos de luta pela construção do SUS, cuja implementação acompanhou o processo de redemocratização, persiste como um dos maiores desafios o enraizamento do hibridismo público-privado de interesses em várias frentes do sistema. Esta dinâmica, sustentada pelo conjunto de políticas fiscais e administrativas sucessivamente adotadas pelos governos federais para corresponder às demandas do setor produtivo, gerou graves contradições na expressão das políticas em saúde e na gestão do sistema. Nesse cenário, constata-se a cronicidade do subfinanciamento e das restrições observadas, a qual abre espaço cada vez maior para práticas privatistas no interior do sistema público.

Sob uma perspectiva radical de defesa do SUS, é essencial travar a disputa entre um projeto subordinado à acumulação do capital e um projeto concebido como bem público de uma sociedade.

### *1.2. Sistema Único de Saúde*

Em 1978, a participação do MRS na Conferência de Alma Ata, na então União das Repúblicas Socialistas e Soviéticas, influenciou decisivamente nas deliberações da VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, com participação de diferentes segmentos da sociedade, e na qual se consolidou a movimentação pela implementação da Atenção Primária como alternativa ao modelo biomédico (LUZ, 2007).

Entre 1987 e 1988, militantes da reforma sanitária defenderam as resoluções da VIII Conferência Nacional de Saúde na Assembléia Nacional Constituinte. No processo da Constituinte, obteve-se a regulamentação dos princípios constitucionais (BRASIL, 1988) e, posteriormente, a instituição da Lei do SUS – Lei nº 8.080, de 1990 (BRASIL, 1990), norteadas pela concepção de saúde como direito de todos e dever do Estado. O capítulo constitucional sobre saúde dispõe que as redes de serviços, até então administradas pelas

diferentes esferas do governo (federal, estadual e municipal), deveriam dar lugar a um sistema único e descentralizado, operado sob os princípios da integralidade, participação da comunidade, regionalização e hierarquização dos serviços.

São princípios doutrinários do SUS: a) Universalidade: todas as pessoas têm o direito de acesso ao sistema de saúde; b) Igualdade: todo indivíduo deve ser atendido; c) Integralidade: as ações de saúde devem ser voltadas ao mesmo tempo para a proteção, a promoção e a recuperação, e o indivíduo deve ser concebido como ser humano integral em suas necessidades.

São princípios organizativos fundamentais do SUS: a) Descentralização por meio da municipalização; b) Regionalização pela hierarquização da atenção; c) Controle social do sistema via participação popular, exercido por conselhos de caráter deliberativo, a serem criados em todos os níveis de gestão.

A intersetorialidade e a interdisciplinaridade são também importantes componentes reivindicados para a construção de um SUS conforme seus princípios e frente às fragmentações do conhecimento humano (SCARCELLI; ALENCAR, 2008). Para Mendes (1996), a interdisciplinaridade, na construção do saber, guarda similaridade à intersetorialidade no campo do fazer, e implica em conceber saúde com o território e para além da assistência médica, o que envolve dimensões como trabalho, habitação, lazer, educação, cultura e alimentação.

Na implementação da Lei Federal nº 8.080, de setembro de 1990, encontram-se inscritas algumas derrotas do MRS, tais quais o aval para a exploração da assistência à saúde pela iniciativa privada e os vetos aos artigos que tratavam do financiamento e do controle Estatal. A gestão de Fernando Collor de Mello, fundamentada na visão neoliberal de crise econômica, apostou em políticas de redução do Estado, alicerçadas na propagação de um discurso que o considera ineficiente, inoperante e corrupto (SCARCELLI; JUNQUEIRA, 2011). A partir de 1994, durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, um novo conjunto de medidas adversas para a implementação do SUS emergiu com a reforma de Estado implementada pelo extinto Ministério da Administração Federal e de Reforma de Estado (MARE). A denominada “contra-reforma” (NORONHA; SOARES, 2001) produziu uma prerrogativa, a partir da qual diversos setores empresariais da área da saúde, articulados ao mercado financeiro internacional, passaram a se apropriar do orçamento público.

O ‘Plano Diretor de Reforma do Aparelho de Estado’ expressava a redefinição do papel do Estado, o qual não teria mais a responsabilidade direta no desenvolvimento social e

econômico, restringindo sua atuação ao financiamento e à regulação das atividades. Além do processo de privatização, preconizava a transferência da execução de atividades para entes privados sem fins lucrativos, a partir da concessão de equipamentos, recursos humanos e financeiros. Dessa forma, a execução de serviços na área da saúde, educação, cultura e pesquisa, considerados como “serviços competitivos ou não-exclusivos”, seriam transferidos para Organizações Sociais (OS) (BRASIL, 1996).

O documento ‘Gestão pública para um Brasil de todos: um plano de gestão para o Governo Lula’ (BRASIL, 2003), apesar de estabelecer diretrizes como participação e transparência das ações do governo, impulsionou a consolidação de Fundações Públicas de Direito Privado (FEDP) (BRASIL, 2007).

Guardadas suas respectivas particularidades, a disseminação de entidades do terceiro setor como OSS (Organizações Sociais), OSCs (Organizações da Sociedade Civil) e OSCIPs (Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público), SSAs (Serviço Social Autônomo) e Fundações Públicas de Direito Privado (FEDP), prejudicou a estabilidade laboral na administração pública dos serviços de saúde dos municípios, limitando a implementação de um sistema nacional unificado. Paim e Teixeira (2007) sugerem que as reformas, sendo estas de cunho gerencialista, provocaram fragmentação dos processos de gestão, principalmente nos níveis estaduais e municipais, e a interferência vertical no financiamento e na autonomia dos municípios, através da imposição de programas assistenciais e ações simplificadas divergentes das necessidades das populações locais (BRASIL, 1996).

Em 2006, sob o governo Lula, o Ministério da Saúde consolidou mudanças na alocação de recursos, através do Pacto de Gestão (BRASIL, 2004b; 2006). Segundo Marques e Mendes (2013), a medida foi positiva, mas a modalidade de alocação de recursos definida em portarias e praticada pelos governos federal e estaduais mantiveram impedimentos para o planejamento em nível municipal. Por um lado, reforçou-se o princípio da construção da universalidade, por meio da defesa permanente de recursos financeiros seguros. Por outro lado, manteve-se viabilizados a contenção de gastos e os incentivos concedidos à saúde privada. A subsequente redução de imposto de renda a pagar pela pessoa física ou jurídica, e as renúncias fiscais que experimentam as entidades sem fins lucrativos e a indústria farmacêutica demonstram que a necessidade que se contempla não é saúde da população em sua totalidade (MARQUES; MENDES, 2013).

Ao longo das últimas décadas, os principais veículos da mídia hegemônica reforçaram a percepção de um contraste entre a qualidade do sistema público e a dos serviços privados.

Os conteúdos amplamente e continuamente difundidos, apontam para a produção do alheamento da população para com os processos de construção e desmonte do Sistema, a formação de uma opinião pública que compreende saúde enquanto produto de consumo, e a consequente adesão em massa aos planos de saúde (CARNUT; FERRAZ, 2021).

Desde a criação do SUS, multiplicaram-se os quantitativos de ações e procedimentos realizados, indicando melhorias quanto à cobertura da população (SANTOS, 2008). Essas são algumas das conquistas de mobilizações pela Reforma Psiquiátrica, sancionada pela Lei nº 10.216 em 2001, e pelos Pactos pela Saúde, divulgados na Portaria nº 399, em 2006. Em contraposição, observa-se o aprofundamento da precarização da organização dos serviços e gestão de pessoal (SANTOS, 2007). São diversas as intervenções que reproduzem o modelo hospitalocêntrico e manicomial quando este já é comprovadamente ineficaz na promoção da saúde e da cidadania (SCARCELLI; JUNQUEIRA, 2011). Um exemplo é a regulamentação das Empresas Brasileiras de Serviços Hospitalares (EBSERH) em 2011 para gerenciar hospitais públicos, e a consequente concentração de equipamentos de alta complexidade em detrimento da ampliação da rede de serviços da atenção primária (BRASIL, 2011).

A relação público-privada, balizada por um modelo individualista e biologicista de ordenação dos serviços, se mostra favorável à lógica centrada nos hospitais e ao corporativismo médico (MENDES; CARNUT, 2021), e culmina na sanção da Lei do Ato Médico<sup>3</sup> (BRASIL, 2013). Os obstáculos de acesso e financiamento, por sua vez, acarretaram a piora na qualidade dos serviços, resultando na superlotação de espaços físicos, fragilidades nos processos regulatórios, longo tempo de espera em filas para o atendimento, e restrita provisão de insumos.

São notórios os efeitos da relação público-privada na precarização da gestão e das relações trabalhistas, expressas na preferência por contratos via terceirização e a insuficiência de profissionais contratados, que resulta em equipes sobrecarregadas, desvios de função, dificuldades para qualificar profissionais e combater faltas éticas, e desarticulação entre serviços (YAMAMOTO; OLIVEIRA, 2010).

As unidades de atenção básica, atenção especializada, pronto-atendimento, e assistência de pronto-socorro e hospitalar, encontram condições que desfavorecem o cumprimento de suas atribuições e se vêem operando oficiosamente de forma privatista. Pouco se conhece dos critérios para agendamento de exames de alta complexidade,

---

<sup>3</sup> Referida como uma como uma conjunção de forças culturais, corporativistas e mercadológicas, o “Ato Médico”, ao pretender a exclusividade da prática médica em múltiplas abrangências, acabou por intensificar conflitos com profissões da saúde, e reforçar a concepção de indivíduo como um mero portador de um corpo biológico (MELO; BRANT, 2005).

consultas de especialidades, cirurgias e tratamentos, os quais muitas vezes, independente do grau de urgência, encontram-se com tempo de espera de meses a anos (CARNUT; FERRAZ, 2021). A sobrecarga dos serviços especializados se dá em relação direta com a despriorização da atenção primária. Em prol do predomínio de interesses dos grandes prestadores e da indústria de equipamentos, investimentos consideravelmente maiores remuneram os procedimentos de alta complexidade, quando comparados àqueles destinados ao Piso da Atenção Básica, no qual se incluem todos os procedimentos básicos, com exceção dos Programas de Saúde da Família (PSF), pois este possui equipes majoritariamente terceirizadas (SCARCELLI; JUNQUEIRA, 2011).

Nesse cenário de restrita autonomia dos serviços, parte importante da luta pelo direito público à saúde foi cooptada pela pressão por uma gestão compartilhada com o terceiro setor, sob a tese de que o SUS é inadministrável sem sua vinculação com os circuitos do mercado. Atualmente, são amplamente endossados, por exemplo, os incentivos fiscais às operadoras de planos, a dependência da rede de hospitais e serviços privados de exame de imagem e dentre outros procedimentos diagnósticos.

Pode-se afirmar que a Reforma Bresser, de 1995, e a Lei de Responsabilidade Fiscal, de 2000 – fraturaram a identidade e da luta sanitária. Formaram-se convicções opostas acerca do modelo de gestão – na administração direta e na nova gestão pública –, no qual se questiona, inclusive, a centralidade desse debate. Centros de representação do mercado da saúde como o Instituto Coalizão Saúde (Icos) e o Instituto Brasileiro de Organizações Sociais da Saúde (Bross) procuram promover a dissuasão da identidade e da coesão do campo sanitário. O campo se vê constrangido ao planejamento de adaptação pragmática diante de múltiplas demandas urgentes e de trocas de gestão, cujos esforços voltam-se para a execução de medidas de curto prazo que muitas vezes atravancam e retrocedem o desenvolvimento de políticas de longo prazo.

O Golpe de 2016, seguido pela ocupação do governo por setores conservadores e pela eleição da extrema direita, escancarou a degradação do processo democrático no país (SAMPAIO; BISPO JÚNIOR, 2021), e trouxe modificações para o cenário de disputa política para o campo sanitário. Explicitam essas alterações a aprovação da Emenda Constitucional 95/2016, que congelou os gastos da União com despesas primárias por 20 anos (Brasil, 2016a); os retrocessos da Política Nacional da Atenção Básica em 2017 e 2019; o avanço das Comunidades Terapêuticas sobre a política nacional de álcool e drogas a partir de sua consolidação como integrante da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); a vulnerabilidade sanitária diante da dependência internacional de insumos e tecnologias,

como é visto na delonga para a obtenção de vacinas; e o fortalecimento econômico das operadoras e demais segmentos da indústria que buscam controlar o sistema de regulação pública (MENDES; CARNUT, 2021).

Com a expansão institucional do SUS, as lutas da Reforma Sanitária se tornaram cada vez mais fragmentadas em frentes no interior do sistema. No domínio da luta antimanicomial da Reforma Psiquiátrica, a mobilização foi capaz de promover a desospitalização, mas que não consolidou sua integração com a frente contra o encarceramento em massa, e se vê crescentemente premiada pela expansão dos modos de “gestão” da vida operantes em escolas, prisões, comunidades terapêuticas, igrejas, hospitais gerais, fábricas, universidades, e Serviços de Acolhimento Institucional (SAIs). A desinstitucionalização trata-se de um trabalho de destruição e reconstrução, a começar pela instituição, mas também das relações que a constituem (CFP, 2022). Não se trata, portanto, apenas de uma mudança das concepções de saúde-doença, mas de uma ruptura com o ideário burguês e os mecanismos de exploração da classe tais quais a institucionalização e segregação.

Carnut e Ferraz (2021) frisam a importância de ampliar a compreensão acerca do processo de desinstitucionalização, que considere a participação de múltiplas áreas do conhecimento (medicina, psicologia, serviço social, enfermagem, terapia ocupacional, arte, cultura, educação, justiça, assistência social, dentre outros). Dessa perspectiva da multidisciplinaridade, da territorialização e da possibilidade de circular em liberdade, deve-se compreender sua relação direta com investimento, política de Estado, e gestão da vida urbana.

O Controle Social, que delimitaria um paradigma participativo no interior do Estado brasileiro, percebe o esvaziamento desses arranjos no controle da gestão, demandando inovações na sua condição de influência política; os sindicatos que representam os profissionais da saúde acompanharam seu enfraquecimento conforme multiplicaram-se postos de trabalho estruturados a partir de vínculos instáveis; por fim, também expressa essa condição de pulverização do programa o distanciamento crescente entre gestores e demais profissionais da saúde (TEODORO, 2023).

Teodoro (2022) salienta que é fundamental constituir um segundo grande ciclo de construção do SUS – mais ousado e consistente do que a forma adquirida de 1988 a 2016:

Ante ao aprofundamento dessas adversidades históricas, ganha atualidade a tese gramsciana de que o desafio central das lutas dos segmentos politicamente subalternizados consiste em superar as

barreiras de isolamento colocadas pelos grupos hegemônicos. Nesse processo, em que a cultura dominante marginaliza o campo sanitário ao desacreditar a viabilidade do seu programa, torna-se necessária a demarcação da fronteira de cisão com a ideologia que atua dissolvendo a identidade política das forças de resistência (TEODORO, 2022).

A expansão da sensibilidade popular no apoio ao SUS compõe o conjunto das transformações que se mostraram em curso durante a pandemia de Covid-19. A saúde pública vislumbrou o potencial de sua centralização na luta pelo Estado democrático, ao desvelar a necessidade de reconstrução da indústria nacional e de políticas de desenvolvimento em ciência e tecnologia, bem como seu papel na luta por dignidade e cidadania na América Latina.

Em 2019, através do samba enredo “História para ninar gente grande” (VIEIRA, 2018), a Escola de Samba Estação Primeira de Mangueira do Rio de Janeiro trouxe à tona histórias apagadas da memória “oficial” brasileira. O enredo, vastamente aceito pelo público, representa um hino importante na luta em meio aos retrocessos vividos nesse tempo, e motiva “questionar acontecimentos históricos cristalizados no imaginário coletivo e que, de alguma forma, nos definem enquanto nação” (VIEIRA, 2018, s/p).

A capacidade de capilarização das ações depende do grau com que se pode trabalhar a partir da realidade, em colaboração com usuários, e abandonando ações baseadas em assistencialismo e filantropia. Essa condição pode vir a se tornar um ativo político relevante para a formação de consciência crítica, uma vez que corrobora para a superação do senso comum de que “o SUS é um ‘gasto’ desnecessário” e pela reintegração de uma identidade sanitarista. Nesse sentido, defende-se que para demarcar uma linha de cisão com a ideologia dominante, é fundamental vincular-se às aspirações de classe dos movimentos negro, feminista, LGBTQIA+, da juventude, comunidades indígenas, quilombolas e ribeirinhas. Esses segmentos são núcleos políticos de cidadania que devem integrar ação, formulação e decisão em um programa sanitarista que busca a correlação de forças e a formação de consensos públicos ampliados.

Segundo levantamento feito por Dimenstein e Macedo (2012), houve uma escalada de presença das psicólogas no Sistema Único de Saúde (SUS), que eram 3671 em equipes de saúde em 1984 e em 2012 chegaram a mais de 40.000. A ampla absorção de profissionais da psicologia e/ou da saúde mental no sistema público de saúde evidencia a importância de se



considerar a categoria como estratégica para fazer frente ao discurso de austeridade fiscal, com vistas a promover a organização coletiva.

Como discutiremos à frente, o lugar do profissional da saúde nesse sistema supõe um contato permanente e ativo com a população adscrita no território. A adoção do modelo do matriciamento e da educação popular para a promoção e prevenção em saúde, contribuem para que a postura do profissional passe a ser de quem se busca impulsionar a construção de autonomia organizativa, tanto entre trabalhadores da saúde como entre trabalhadores atendidos nas unidades.

### *1.3 Rede de Atenção Psicossocial*

Desde meados do século XVI, os hospícios constituem enquanto ferramentas de acumulação no Brasil, e foi destino para centenas de milhares de sujeitos que supostamente não respondiam às exigências das formas de organização da vida social impostas pelos sucessivos modos de produção. Durante os anos da ditadura militar - 1964 a 1985 -, os governos consolidaram a articulação entre internação asilar e privatização da assistência, com um aumento da contratação de leitos e clínicas conveniadas, que rapidamente cresceram para atender à demanda (SAKAGUCHI; MARCOLAN, 2016).

A Reforma Psiquiátrica, movimento mundial de lutas por transformações nas práticas de atenção ao sofrimento psíquico, desdobrou-se em experiências exitosas de desospitalização e desinstitucionalização, de criação de novas formas de sociabilidade e de participação para além do campo sanitário. A partir de um modelo substitutivo com forte inserção territorial, preconizou-se o aumento do poder contratual dos usuários sobre a relação que estabelece com os profissionais e serviços, a saída da condição de usuário-objeto e seu fortalecimento enquanto sujeito político (AMARANTE; TORRE, 2018).

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica consolidou-se como movimento nacional em concomitância com o MRS e com o combate à ditadura militar, tendo destacado-se a atuação do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) a partir da década de 70, do Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) a partir de 1993 e de todos os demais coletivos e organizações envolvidos para o desencadeamento da Reforma Psiquiátrica e a sustentação de seus princípios (AMARANTE; TORRE, 2018).

Até o presente, os Hospitais Psiquiátricos possuem a particularidade de se tratar de equipamentos que geram custos extremamente baixos, quando comparados com sua receita. A revolta diante da mercantilização da loucura e da hegemonia de uma rede privada de

hospitais marcada pelo descaso e violência da assistência psiquiátrica no Brasil culminaram na formação do MTSM. O MTSM surgiu como fórum de profissionais para luta e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica brasileira, o qual agregou trabalhadores da saúde mental, e cada vez mais usuários e familiares, centros de estudo, lideranças políticas e pesquisadores do processo de Reforma Psiquiátrica de outros países (AMARANTE, 1995). Em 1987, o MTSM organizou o seu II Congresso Nacional, no qual foi elaborado o Manifesto de Bauru, documento considerado como marco decisivo para a constituição do MLA e a publicização do debate em direção à ruptura radical com uma perspectiva tecnicista sobre a loucura (LOBOSQUE, 2001).

“Um desafio radicalmente novo se coloca agora para o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Ao ocuparmos as ruas de Bauru, na primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção dos manicômios, os 350 trabalhadores de saúde mental presentes ao II Congresso Nacional dão um passo adiante na história do Movimento, marcando um novo momento na luta contra a exclusão e a discriminação. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos. O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada. Contra a mercantilização da doença! Contra a mercantilização da doença; contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária; por uma reforma sanitária democrática e popular; pela reforma agrária e urbana; pela organização livre e independente dos trabalhadores; pelo direito à sindicalização dos serviços públicos (SAÚDE MENTAL, 1987, p.2-3)”.

A ampliação da participação de associações de usuários e familiares e de movimentos sociais com uma articulação capilar no território nacional lançaram o MLA como movimento social importante no processo da Reforma Psiquiátrica. Destacam-se a seguir alguns momentos do processo de implantação da rede de serviços substitutiva e a sanção de novas leis e normas que consolidam a Reforma Psiquiátrica no Brasil, decorrentes fundamentalmente da mobilização alcançada.

Em 1989, após a promulgação da Constituição, criação do SUS, e realização da I e da II Conferência Nacional de Saúde Mental, e, fundamentalmente, sob pressão popular, houve a intervenção da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico - a Casa de Saúde Anchieta -, e a implantação de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações de usuários e familiares. A experiência do município de Santos exemplifica as primeiras experiências de construção de uma rede integrada de atenção à saúde mental no país. Na década de 1990, são definidas as normas federais que regulamentam a implantação de serviços de atenção, fundadas nas

experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, porém, sob circunstâncias similares as quais se formulou o SUS: carente de uma política de financiamento.

Dentre os impactos do estrangulamento financeiro enfrentado, observou-se um ritmo de fechamento de leitos, o qual a implantação de serviços substitutivos não era capaz de acompanhar. Essa quebra de expectativas gerou tensionamentos, impulsionados pelo processo de despolitização dos movimentos sociais. A pulverização dos serviços fez com que cada geração de trabalhadores da saúde mental conseguisse cada vez menos se apropriar da conjuntura política que deu origem à reforma. E a precarização de trabalho, impressa pelas organizações sociais, durante muito tempo foi tabu dentro da luta antimanicomial, sob o pressuposto purista de que não era aceitável envolvê-la com a luta sindical (MENDES, 2021).

A política do Ministério da Saúde para a saúde mental ganha maiores contornos a partir de 2001 com a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental e a aprovação da Lei nº 10.216 - que dispõe dos direitos de “portadores de transtornos mentais” e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Neste momento, foi implementada uma linha de financiamento para a rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo asilar, diretrizes para a fiscalização e redução progressiva dos leitos psiquiátricos existentes, e proposta a implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos para pessoas que estavam institucionalizadas em hospitais psiquiátricos (Portaria GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000). Como tentativa de suplementação da política de desinstitucionalização, implementou-se o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (Portaria GM nº 251, de 31 de janeiro de 2002), que propõe a substituição progressiva dos macro-hospitais por outros de pequeno e médio porte (até 160 leitos), e a melhoria da qualidade da assistência em leitos de unidades psiquiátricas em hospital geral.

A Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, por sua vez, amplia a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária, delimitando serviços especializados em saúde mental, de caráter territorial e comunitário, e que diferenciam-se em função de sua tipologia (CAPS, CAPSij e CAPS AD) e porte (I, II, III, IV), conforme as singularidades epidemiológicas e socioeconômicas de sua região. Tais diferenças, implicam nos diferentes horários de funcionamento e composição da equipe. A equipe deve ser multiprofissional, especializada em saúde mental, composta obrigatoriamente por enfermeiro, médico psiquiatra, técnicos/auxiliares de enfermagem e profissional administrativo. Conforme projeto técnico institucional do serviço, também deverão compor a equipe categorias como

psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, profissional da educação física, e/ou fonoaudiólogo.

Scarcelli e Alencar (2008) analisam que a implementação da Portaria garantiu maior respaldo para a transformação do CAPS, que era visto como serviço territorializado, em uma espécie de serviço especializado, evidenciando as problemáticas da chamada Estratégia Democrática Popular (MARQUES, 2019), por meio da qual se percebe o Estado como uma espécie de ente neutro a ser ocupado de forma crítica.

A promulgação da Lei nº 10.216/2001 também inaugurou o processo de constituição da Política Nacional de Álcool e outras Drogas e da Saúde Mental Infanto-Juvenil (BRASIL, 2001). No campo da saúde mental de crianças e adolescentes, a partir de 2003 iniciou-se a construção de propostas para a consolidação de uma política de saúde para esta população específica, a criação do Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes (BRASIL, 2004a), e a publicação de “Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infantojuvenil” (BRASIL, 2005b).

Em 2010, após grande pressão popular, é realizada a IV Conferência Nacional de Saúde Mental. Dentre as teses aprovadas na IV Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), destaca-se:

“A ampliação da participação da população nas decisões do cotidiano dos serviços e nas instâncias de controle social deve incluir estratégias que incentivam o fomento, e qualificação das associações e movimentos de saúde mental, organizados por representação e o incentivo à promoção de reuniões de usuários e familiares, em assembleias participativas nos serviços de saúde mental. Para tanto, seria fundamental a inclusão dos diferentes atores da rede de saúde mental, a sensibilização dos profissionais de saúde para integrarem os conselhos, o convite a outros movimentos sociais e estímulo à organização de todos os atores em associações, conselhos e participação nas conferências” (BRASIL, 2010a, p. 38).

Nota-se que a participação social, forjada nos encontros, parcerias e embates que se dão no cotidiano, é reconhecida como importante componente para a construção da rede de saúde mental. Assembleias, reuniões do Conselho Gestor do CAPS ou nas Conferências de Saúde Mental configuram-se como alguns dos espaços formalizados para o exercício de controle social no sistema de saúde.

A Política Nacional de Saúde Mental, propõe a mudança do modelo de Atenção à Saúde Mental através da ampliação e qualificação de um cuidado de base territorial (BRASIL, 2010a). Para tal, o apoio matricial e o trabalho articulado dos profissionais da

Saúde Mental dos CAPS e/ou Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com a equipe da ESF revela-se fundamental para a ampliação da capacidade resolutiva das equipes e a superação da lógica de encaminhamentos indiscriminados (OLIVEIRA, 2021). Em linhas gerais, o matriciamento traduz-se no arranjo técnico-assistencial da equipe do CAPS e/ou NASF às equipes de SF por meio de formações conjuntas e ações junto às comunidades.

O NASF, vinculado à UBS, é constituído por profissionais de diferentes áreas, e é responsável por apoiar equipes de Saúde da Família, equipes de Atenção Básica para populações específicas e equipes da academia da saúde (BRASIL, 2017). Tanto as UBS como as eSF operam como porta de entrada no SUS. Dada a capilaridade e o vínculo que devem estabelecer com a comunidade, priorizam realizar acolhimento, monitorar e desenvolver ações de prevenção e promoção, a partir de interlocução permanente com os serviços de referência em saúde mental. Também devem acionar dispositivos das redes de saúde e de proteção quando identificadas demandas e necessidades, conforme o fluxo local.

A consolidação do CAPS exige uma rede de cuidados densa, diversificada e efetiva que objetive consolidar a Atenção Básica como porta de entrada principal. Diante dos desafios da garantia da integralidade do cuidado, surge a proposta de articulação em rede através da Portaria de Consolidação n.º 3, de 28 de setembro de 2017 (PRT de origem n.º 3.088/2011, alterada pela PRT n.º 3.508/2011), que constitui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como prioritária para constituição das regiões de saúde nos estados e no Distrito Federal. A RAPS se define por conjunto de ações e serviços articulados em níveis de complexidade crescente, com vista a garantir a integralidade da assistência à saúde no território, através da qualificação do cuidado no acolhimento, no acompanhamento contínuo e na atenção às urgências.

A RAPS tem como objetivos gerais: a) ofertar informações sobre direitos, medidas de prevenção e cuidado; b) regular e organizar demandas e fluxos assistenciais; c) monitorar e avaliar a qualidade das atividades, por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção (BRASIL, 2017).

São componentes da RAPS, em seus respectivos níveis:

- Atenção Básica: Unidade Básica de Saúde, Equipes de Atenção Básica para populações em Situações Específicas, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), e Centro de Convivência e Cultura;
- Atenção Especializada: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS AD III, CAPS i;

- Atenção de Urgência e Emergência: Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Sala de Estabilização, e Pronto-Socorro;
- Serviço de Atenção em Regime Residencial de Caráter Transitório: Unidade de Acolhimento Adulto, e Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil.
- Atenção Hospitalar: Leitos de psiquiatria em Hospital Geral, e Serviço Hospitalar de Referência;
- Estratégias de Desinstitucionalização: Serviço Residencial Terapêutico (SRTs), e Programa de Volta Para Casa;
- Estratégias de Reabilitação Psicossocial: Cooperativas.

A instituição da Rede de Atenção Psicossocial, por meio do Decreto 7508/11, foi considerada um avanço para o campo, mas se faz necessário demarcar possibilidades e dilemas da ação dada como “psicossocial”. Sabe-se que um serviço de saúde fundamentado na divisão da pessoa para o qual se destina e de suas necessidades contraria o princípio de integralidade da assistência.

A perspectiva dividida da atenção psicossocial, tal qual o modelo biomédico, não alcança a consecução da integralidade, pois não há de ser considerada a doença, mas a existência e o sofrimento, e isso requer que não haja centralidade do manejo clínico de nenhuma ordem (CFP, 2022, p. 12).

Desde sua criação, os CAPS são tema frequente nos fóruns de saúde mental, principalmente quando se pauta reivindicações ao poder público, cujo teor, muitas vezes, se resumiu à ampliação do número desses serviços, fundamentadas em portarias governamentais que instituíram e regulamentaram sua estrutura (SCARCELLI; JUNQUEIRA, 2011). De acordo com Amarante e Torre (2001), embora tais portarias tenham viabilizado a construção de muitos novos serviços, elas também proporcionam a homogeneização de experiências originais. Paralelamente, são ativamente invisibilizadas as experiências de um trabalho pautado na organicidade do acompanhamento e na territorialidade e, por conseguinte, que de fato obtenham potência para instalar uma substituição à lógica médica.

Em 2011, os serviços de saúde mental, antes designados como “apoio”, passaram a ser intitulados como “atenção”. Para além de objetivar a mudança de nomenclatura, muitos “centros de atenção”, em seus projetos fundantes, definiram-se como espaços para onde as pessoas se encaminham para recolher um produto. Isso se materializa em uma centralidade

na prática médico-psiquiátrica, pressupondo a medicalização e um tipo de atuação baseada na dispensa de atendimentos – herança dos ambulatorios tradicionais (CFP, 2013). Desdobramentos similares são observados em diversos equipamentos de saúde, tais quais os NASF, que sob a lógica ‘de centro’ instalada, encontram dificuldades para consolidar-se como articuladores de Redes de Apoio.

O CAPS trata-se de um serviço de referência para quando são ultrapassadas as possibilidades de atenção das equipes de NASF e ESF. Uma vez implementada a RAPS, os centros obtiveram o papel estratégico na articulação da Rede pela ordenação do cuidado em saúde mental, devendo atuar em conjunto com equipes de SF e Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2010c). Através do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006), reforçou-se a compreensão da atenção básica como centro ordenador do sistema local de saúde. É com base em tais considerações que a proposta da RAPS tem no trabalho de matriciamento e de educação permanente seus principais dispositivos de gestão.

No sistema organizado em Redes, a atenção básica demanda a presença de um profissional de saúde que desempenhe o papel de “ativador” via processos formativos e reflexivos. A educação permanente não precisa adquirir um programa formal e rígido, mas possuir uma continuidade e comprometimento de todas as partes envolvidas. Esse processo provoca uma revisão da prática cotidiana, permitindo verificar as fragilidades e os pontos fortes do trabalho desenvolvido. Ao mesmo tempo em que produzem o cuidado, os trabalhadores produzem a si mesmos como sujeitos (OLIVEIRA, 2021). Um serviço integrado, em suma, requer sua vinculação com as pessoas, que se organizariam como núcleo junto à comunidade.

As atividades nos CAPS centram-se nos espaços coletivos (grupos, assembleias, reuniões de equipe), e no contato com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes. O cuidado é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Singular, e deve contar com o contínuo envolvimento da Rede, equipe, usuário, familiares e/ou comunidade em sua manutenção (BRASIL, 2011). De acordo com a Portaria MS/SAS nº 854, de 22 de agosto de 2012 (BRASIL, 2012), poderão compor o PTS as seguintes estratégias:

- Acolhimento inicial: primeiro atendimento, por demanda espontânea ou referenciada, incluindo as situações de crise no território; consiste na escuta qualificada, que reafirma a legitimidade da pessoa que busca o serviço e visa interpretar as demandas, construir o vínculo terapêutico inicial e/ou corresponsabilizar-se pelo acesso a outros serviços, caso necessário.

- Acolhimento diurno e/ou noturno: ação de hospitalidade diurna e/ou noturna, objetivando o redimensionamento das relações interpessoais do convívio familiar e/ou comunitário.

- Atendimento individual: atenção direcionada visando à elaboração do PTS ou o que dele deriva.

- Atenção às situações de crise: ações desenvolvidas para manejo das situações de crise, entendidas como momentos de intenso sofrimento e desorganização.

- Atendimento em grupo: ações realizadas com intuito de promover sociabilidade, pertencimento, vinculação, autoestima, autonomia e organização coletiva. Podem também compreender:

- Práticas corporais: estratégias que favoreçam a percepção corporal e a coordenação psicomotora.
- Práticas expressivas e comunicativas: estratégias que possibilitem ampliação do repertório expressivo e cultural.
- Controle social: participação geral nos processos de gestão dos serviços.
- Atendimento com familiares: ações voltadas para o acolhimento e corresponsabilização do cuidado.
- Atendimento domiciliar: atenção desenvolvida no local de morada da pessoa e/ou familiares, para acompanhamento em situações que impossibilitem outras modalidades de atendimento.
- Ações de articulação comunitária: iniciativas articuladas com os recursos do território nos campos do trabalho, habitação, educação, cultura, e assistência social pelo exercício de direitos.
- Ações de articulação de redes intra e intersetoriais: estratégias de articulação com e entre outros pontos de atenção da saúde, educação, justiça, cultura, lazer e assistência social.
- Matriciamento de equipes dos pontos de atenção básica, urgência e emergência, e serviços hospitalares: suporte técnico presencial à condução do cuidado em saúde mental.

- Apoio a serviço residencial de caráter transitório: apoio presencial sistemático que busque manutenção de vínculos, suporte técnico-institucional, e monitoramento dos PTS.

Em análise dos documentos legais e normativos públicos que compuseram o conjunto de mudanças na Política Nacional de Saúde Mental no período de 2016-2019, Cruz, Delgado e Gonçalves (2020) buscaram examinar suas possíveis repercussões para a



assistência em saúde mental, à luz do referencial da Reforma Psiquiátrica brasileira. Durante o período citado, constatou-se que foram editados cerca de quinze documentos - entre portarias, resoluções, decretos e editais - que formam o que a nota técnica 11/2019, ou “Nova Política Nacional de Saúde Mental” (BRASIL, 2019).

A ‘nova política’ é marcada pelo incentivo à internação psiquiátrica e por sua separação da que passou a ser denominada “política nacional sobre drogas”, tendo esta grande ênfase no financiamento de CTs, em detrimento da implantação de serviços de base comunitária. Segundo os autores, a política foi questionada por diversos conselhos profissionais, associações profissionais, pesquisadores do campo da saúde mental, Defensoria Pública da União, Ministério Público e parlamentares.

Chamam atenção também as alterações feitas através da Portaria n. 2.436, de 2017, a partir da qual foi aprovada a revisão de diretrizes Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017). Nesta nova PNAB, é retirada a palavra “democrática” do texto referente ao formato das práticas de cuidado e de gestão. O número mínimo de ACS por equipe, antes equivalente a 4, tornou-se indefinido. Passa também a haver recomendação de que os ACS cubram 100% da população em condições de maior risco e vulnerabilidade, sem critérios objetivos definidos (CRUZ; DELGADO; GONÇALVES, 2020).

Cruz, Delgado e Gonçalves (2020) averiguaram que as mudanças na PNSM foram implementadas sem qualquer debate com profissionais e pesquisadores do campo, sem respaldo legal do CNS e das Conferências Nacionais de Saúde Mental. As mudanças propostas se sustentam em fundamentação e argumentação teórico-científica extremamente vinculadas ao modelo biomédico, e as quais as políticas e aparelhos institucionais postos não sucederam em combater.

O funcionamento de um ponto de Estratégia Saúde da Família (ESF) sem a demarcação de uma equipe mínima de ACSs, e sem a centralidade do matriciamento inviabiliza o cuidado de base comunitária. Os fluxos, tanto de atendimentos como de matriciamento, entre a RAPS e a ESF são fundamentais para a integralidade do cuidado. Uma vez que a RAPS tem sua comunicação com a ESF prejudicada, esta tende a isolar-se das ações territoriais e de se aproximar do modelo pautado em ambulatórios especializados (CRUZ; DELGADO; GONÇALVES, 2020).

O projeto de reforma psiquiátrica foi incorporado no Brasil de maneira substancial às políticas públicas de saúde mental, mediante o arcabouço jurídico e portarias normativas. No entanto, o enfoque no amparo institucional do modelo antimanicomial carrega suas contradições, pois ao mesmo tempo que se ampliou uma rede de cuidados na área de

atenção psicossocial, se enfraqueceu o movimento da luta antimanicomial enquanto movimento social, e organização política coletiva dos trabalhadores.

Apesar das conquistas no âmbito da desinstitucionalização, nos planos micropolítico e acadêmico observa-se com frequência resistências à ruptura de práticas que implicam a objetificação do usuário, e o foco na supressão do sintoma e ambulatorização dos serviços (SAMPAIO; BISPO JUNIOR, 2021). A conjuntura sociopolítica e econômica de cada município influencia diretamente na gestão, implantação dos serviços e na constituição das equipes de saúde mental no âmbito local. (CUNHA; BOARINI, 2011). A implementação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) envolve o conceito de gestão como uma ação política com interlocução e avaliação, e como um instrumento que requer uma metodologia que contemple a pluralidade de atores sociais e a interdisciplinaridade. A gestão exige uma postura firme em relação aos princípios do SUS e que favoreça a construção coletiva do trabalho, considerando sua indissociabilidade da política (CFP, 2022).

No dia a dia dos serviços de saúde mental, a demanda pela interdisciplinaridade confronta-se com a difícil demarcação de fronteiras entre as profissões. Em uma tentativa de descrever as nuances do trabalho em equipe na perspectiva da interdisciplinaridade, faz-se a diferenciação entre campo e núcleo de atuação profissional (CAMPOS, 2000). O campo é entendido como um espaço de confluência de diversos saberes e práticas, norteados pelo processo de cuidado em saúde e proteção da juventude, no caso do CAPSij. O núcleo, por sua vez, trata-se da atuação reservada às contribuições de cada profissão. Os serviços de saúde mental devem propiciar reuniões entre técnicos e manter articulações intersetoriais para desenvolver e avaliar os PTSs em andamento. A realização regular de reuniões de equipe e com usuários também é fundamental para a coordenação democrática e interdisciplinar do trabalho, pautada na ação-reflexão, e em discussões formativas.

Avaliar a fundo como o CAPS pode ser organizado na atual conjuntura esbarra em muitos limites que são colocados pela Estratégia Democrática Popular, corrente institucionalista, ainda hegemônica na saúde coletiva e na saúde mental (MENDES, 2021). Simultaneamente, defender a rede de atenção psicossocial no Brasil é algo incontornável, pois a tendência a entrar em sofrimento psíquico e subsequentemente sofrer estigmatização e violência trata-se de um elemento constitutivo das relações sociais desse modo de produção.

Atuar uma rede de atenção psico-social pensada com princípios que apontam para a coletividade, para a desinstitucionalização, é a grande contradição com a qual nos

deparamos. Como defender uma rede de atenção psicossocial nos marcos do cuidado em liberdade e da territorialização de modo que seja um estímulo para trilhar a jornada por uma transformação radical das relações de produção e reprodução da vida? O repertório do teórico e militante Frantz Fanon contribui fundamentalmente para a crítica ao capitalismo e a sua forma de gerenciar esse cuidado e saúde mental, para além do adequacionismo, ou da promoção de saúde mental para que se possa conseguir continuar produzindo.

A história da saúde mental no Brasil é uma história de enclausuramento, perseguição, e violência, contra segmentos marginalizados da população. A subjetividade humana é extremamente diversa, e se encontra sob pressão por homogeneização. A partir do momento em que o trabalho em saúde admite o enfoque na doença, o Estado a utiliza como respaldo para intervir do ponto de vista da cura, sem alterar as forças produtivas que são o elemento fundante do manicômio. Atualmente contamos, com uma bagagem de leis que asseguram que as pessoas não permaneçam nos manicômios, mas persistem, “os eternos retornos” ao CAPS, a medicalização, e a violência institucional.

A sociedade se estrutura de uma forma em que o sofrimento psíquico requer o manejo por parte de uma profissão - a psicologia, a psiquiatria - mas o propósito não é fortalecer o convívio em sociedade de uma forma saudável, e sim, adequar a pessoa para que possa produzir no seu trabalho, bairro, escola, de forma que se entenda que é a forma correta e saudável de se viver. Nesse sentido, outro elemento que o movimento de reforma remonta é o de se pensar o ser social de uma perspectiva de atenção integral. Para pensar a saúde nos marcos da reforma, deixa de ver o sujeito com enfoque no diagnóstico, a saúde deve deixar de ser vista simplesmente como algo especificamente mental (GOMES, 2017).

Discutir atenção psicossocial também requer perceber que o cuidado é trabalho, e é central para a reprodução das relações sociais. Do ponto de vista da sociedade do capital, esse cuidado é individualizado, invisibilizado, e naturalizado, e o mais-valia é eleito como elemento central, enquanto que na realidade, todo esse trabalho que não é reconhecido, é necessário para a continuidade para a reprodução da vida, e é realizado por alguém, geralmente subalternizado. A efetivação do cuidado enquanto trabalho e de saúde enquanto processo integral perpassa a necessidade de se fomentar uma Luta Antimanicomial aliada à construção de um projeto de país e ao acúmulo de forças nos bairros, para além da expectativa culturalista de que se encerrarão os problemas quando as pessoas aprenderem a praticar, individualmente, “ações de inclusão”.

#### *1.4 Estatuto da Criança e do Adolescente*

A história das políticas de defesa dos direitos de crianças e adolescentes tem como algumas de suas marcas o controle do Estado sobre esses indivíduos e a construção de um modelo de assistência centrado na institucionalização, sob a premissa de garantir a proteção social. No Brasil, um movimento de defesa de direitos de crianças e adolescentes, surgido na década de 1920, culminou na primeira legislação sobre o tema, a qual, no entanto, reconhecia condições de pobreza como fontes primárias de “crianças abandonadas” e “jovens delinquentes”. Tal modelo propiciou a expansão de diversas instituições de caráter filantrópico, e de controle e isolamento dos “desviantes”.

A privação de liberdade foi um dos meios empregados para segregar pessoas pobres, negras, LGBTQ+, indígenas, com deficiências, entre outras. Este projeto foi sustentado em diferentes momentos históricos por uma forte aliança entre discursos jurídicos e médicos, explícitos na legislação (COIMBRA; AYRES, 2009) do Código Mello Mattos (BRASIL, 1927) e do Código de Menores (BRASIL, 1979).

Segundo o Código Mello Mattos cabia ao “juiz de menores” intervir na vida da população, a partir de ‘parâmetros morais e higienistas’. No período entre as legislações de 1927 e 1979, o termo “menino de rua” obteve grande projeção por intermédio dos meios de comunicação de massa, que reforçaram convicções de que jovens em processo de vulnerabilização social eram potenciais inimigos da população.

Em 1979 entrou em vigor o Código de Menores, o qual afirmava a existência de riscos para a sociedade os quais deveriam ser controlados através de internações em massa de crianças e adolescentes classificados como “infratores” e/ou “vulneráveis”. No mesmo período, se ampliou de forma considerável o número dos estabelecimentos os quais abrigavam de forma desumana jovens, majoritariamente negros, aos quais se impunha condições de negligência, exploração, e demais formas de vitimização (COIMBRA; AYRES, 2009).

Os movimentos de promoção e defesa dos direitos de crianças e adolescentes vislumbraram maior amplitude na década 1980, e influenciou na construção da emenda popular denominada “Criança, Prioridade Nacional”. A partir dessa emenda, foi incluído na Constituição Federal de 1988 o texto do artigo 227, segundo o qual cabe à família, à sociedade e ao Estado a responsabilidade para com os direitos fundamentais de crianças e adolescentes. O tensionamento promovido por movimentos e pelo Poder Público para colocar em prática as recomendações da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1945) e da Declaração dos Direitos da Criança (1959) desembocou na formulação do Estatuto da

Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), o qual, orientado pelo paradigma da proteção integral, considera crianças e adolescentes como sujeitos de direitos e em condição peculiar de desenvolvimento. A estes, deve então ser garantida: a) a primazia de receber proteção e socorro; b) a precedência de atendimento em serviços públicos ou de relevância pública; c) a preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas; e d) a destinação privilegiada de recursos públicos para o sistema de proteção à infância e à juventude. A Lei 8.069 também regulamentou e atribuiu aos Conselhos Tutelares a função de fiscalizar a aplicação das normas vigentes.

Denota-se que o alinhamento estratégico e a parceria entre profissionais de saúde e do campo de defesa dos direitos são de suma importância para a garantia do acesso à serviços e ações de saúde de qualidade no SUS. Os profissionais devem atentar-se ao resguardo do sigilo, privacidade, e acolhimento independentemente de consentimento familiar e/ou dos responsáveis, entre outras garantias éticas, a fim de prover atenção adequada às suas singularidades.

Há de se construir ambientes de apoio e condições para escolhas e decisões voluntárias. Isso implica que familiares, profissionais de saúde e profissionais de setores correlatos assumam condutas de abertura ao diálogo, de acolhida e de suporte à emancipação responsável. Centralizar a família nas políticas sociais brasileiras pode corresponder, por outro lado, aos interesses do modelo liberal de responsabilização da família perante o indivíduo que a ela pertence, e, responde à demanda de redução de custos, sob tendência imposta pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) e pelo Banco Mundial pela redução de gastos e investimento em políticas focais em detrimento das universais (RIZZOTTO, 2016).

Os regramentos jurídicos e políticas sociais apresentam divergências nos limites das faixas etárias da infância e da adolescência. O Estatuto da Criança e do Adolescente considera criança a pessoa com até 12 anos incompletos, e adolescente aquele entre 12 e 18 anos. Socialmente convencionadas, as diferentes definições coexistem no ordenamento sociocultural. E a classificação etária adquire diferentes sentidos conforme a forma que se reconhece as especificidades de saúde e o perfil epidemiológico de cada grupo populacional.

O ECA descreve crianças e adolescentes como seres “por vir”, e preconiza a a garantia de seu acesso: a) ao convívio, mediação e vinculação com adultos e círculos sociais; b) à educação formal; c) às ações de promoção, proteção e recuperação de saúde; d) ao desenvolvimento e à qualificação profissional; e) à possibilidade de realização de seus

projetos de vida, reconhecendo “fatores protetivos” no âmbito social, econômico, político e cultural, que configurem sua exequibilidade.

Conforme será explorado adiante, a maneira como se compreende a infância e a adolescência não se mantém constante ou homogênea ao longo do tempo, e está sujeita à hegemonia ideológica, a qual fornece parâmetros para as organizações sociais na regulação da vida cotidiana, incluindo códigos legais e institucionais. As passagens entre os tempos da juventude, portanto, são aqui entendidas como “acordos societários”, expressos pelas representações e ideais dominantes de juventude, e parametrizados pelas necessidades do mercado (CARRANO, 2007).

Na atualidade, nos deparamos com uma delimitação de concepções de infância e adolescência que, por um lado, produzem relações de atenção e proteção essenciais para o desenvolvimento, e, por outro, são utilizados como justificativa para impossibilitar e restringir a participação destes segmentos em seus respectivos processos de cuidado (GONÇALVES; CALIMAN; CÉSAR, 2021).

No que tange ao direito à saúde, é crucial o fortalecimento de um modelo de atenção organizado a partir de redes, de maneira pactuada entre as diferentes esferas de gestão, e articulada intersetorialmente, de forma a responder às necessidades e demandas da população regida pelo ECA (BRASIL, 2010c). De acordo com os artigos 7º e 11 do ECA, cabe Sistema Único de Saúde (SUS) a função de promover o direito à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio, por meio do acesso universal e equânime à ações e serviços, direcionados ao público de gestantes, parturientes, nutrízes, recém nascidos, e pessoas com até 18 anos incompletos (BRASIL, 1990).

A inacessibilidade aos direitos previstos exige do Estado e de outros atores posicionamentos que resguardem o desenvolvimento de crianças e adolescentes. As respostas devem priorizar, quando possível, opções de cuidado no território, valorizando os mecanismos de organização e autonomia disponíveis (BRASIL, 2014). A compreensão de jovens como sujeitos autônomos é cara ao setor Saúde, e deve ser objeto de atenção dos agentes de cuidado (família, sociedade em geral e poder público), e dos profissionais que atuam no sistema de garantia de direitos de (promotores, defensores públicos, juízes, profissionais da educação, assistência social e saúde).

### *1.5 Política de Saúde Mental infanto-juvenil*

A cartilha intitulada “Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil” (BRASIL, 2005b), bem como o artigo de Ribeiro (2006) remontam as o processo histórico de marginalização e institucionalização da infância de segmentos populares. O cuidado para com as crianças do século XII, ditado pela igreja e pelos senhores de engenho, adquiriu novos contornos no século XX, em prol da classe burguesa e por meio das ideias higienistas, e novamente no século XXI, sob o contexto de reestruturação produtiva.

O manual técnico mais recentemente publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), por sua vez, complementa que uma política de saúde mental infantojuvenil deve incluir as seguintes diretrizes: a) A criança e o adolescente, conforme reconhecidos pelo ECA, são sujeitos integrais e, como tal, podem possuir suas próprias demandas, e devem ter a plena participação em sua comunidade garantida. b) Acolhimento universal, ou seja, portas abertas a todos que chegam com alguma necessidade de saúde. c) Encaminhamentos implicados e corresponsabilizados: no caso de haver outro serviço que melhor se ajuste às necessidades do usuário, deve-se acompanhar o caso até sua inclusão e atendimento em outro serviço. d) Intersetorialidade e construção permanente da rede de profissionais, ações e serviços. e) Trabalho no território, estabelecendo relação com os espaços e redes sociais e de afetos daquele que é cuidado. f) Avaliação conjunta entre equipes, familiares e usuários sobre as demandas que chegam aos serviços de saúde mental.

O acolhimento universal, destaque também na política que rege o SUS, significa que toda demanda dirigida ao CAPS deverá ser acolhida, ouvida e respondida, de modo que se promovam condições que viabilizem uma análise mais abrangente da situação de cada usuário. Isto não significa que os serviços tenham que atender e acompanhar todos os casos que até ali chegam, mas que devem identificar as necessidades de cada situação, e propor estratégias. Quando couber, deve-se acionar outros pontos de atenção, observando a prioridade da vinculação com a Atenção Básica.

A construção do vínculo do usuário com a Unidade de saúde se inicia pelo primeiro contato, o qual geralmente se dá no processo de acolhimento e escuta qualificada quando o usuário e/ou seus pares chegam ao CAPS para solicitar serviços em saúde mental. Neste primeiro contato, o objetivo é compreender a situação da forma mais abrangente possível e introduzir a pessoa aos aspectos do processo terapêutico buscado (BRASIL, 2004c).

Para abordar a metodologia do primeiro contato, é necessário reconhecer que os critérios utilizados pelo profissional não se apresentam isentos de uma ideologia e concepção filosófica ou pragmática. Conforme indicaram os resultados da revisão realizada

no decorrer do presente estudo as demandas identificadas e/ou absorvidas pelos CAPSij são majoritariamente concebidas a partir da coleta de dados com vistas a delimitar quadros sintomáticos e avaliar a incidência de “fatores de risco” (TOHME, 2020). A partir da análise conjunta destes dados, o profissional verifica a correspondência com os critérios de inserção do serviço, os quais podem variar conforme a conjuntura política, os protocolos vigentes, e os recursos humanos e materiais disponíveis.

A grande valorização de teorias positivistas de campos como neurologia, genética e farmacologia, em detrimento de variáveis “incertas”, mantém preponderante um modelo de “tratamento” do sofrimento por meio da supressão de sintomas com auxílio de recursos químicos e mecânicos. Esta racionalidade resulta em uma ciência onde o fenômeno é separado de um sujeito e ambos são concebidos de maneira cristalizada, e que, em última instância, habilita a exploração e subjugação de classe (AMARANTE; TORRE, 2001).

Os saberes científicos hegemônicos da psiquiatria, psicologia, e demais áreas que estabelecem interface com a saúde mental, ao possuir profunda associação com o mercado, adotam noções referentes à gênese do mal-estar psíquico que facilmente se propagam no conteúdo programático das políticas de Estado e capacitações, desembocando nas formas de abordagem biopsicossociais e/ou biomédicas geralmente observadas nos serviços (VIAPIANA; GOMES; ALBUQUERQUE, 2018).

É necessário que se elabore críticas à psiquiatria para além da questão da instituição manicômio, e de compreendê-la como ciência de classe, em sua função econômica e cultural de encobrir contradições entre capital e trabalho (AMARANTE; TORRE, 2001). FERRAZZA et al. (2010) complementam: a imobilidade diante da crescente demanda pela prescrição de psicofármacos, confere aos médicos a reafirmação de um papel de gerenciamento da Saúde Mental.

O enfrentamento ao fenômeno da medicalização perpassa a superação do conceito de doença ou transtorno mental e o reconhecimento da complexidade do par existência-sofrimento (AMARANTE; TORRE, 2001). Guerin (2017) afirma que comportamentos de um indivíduo são designados como parte de crises e/ou surtos à medida que as pessoas em seu cotidiano o encaram como múltiplas rupturas de padrões estabelecidos pelas práticas culturais locais e laços sociais. Cunha (1986), ao analisar os prontuários das pessoas internadas no “Juquery” - um dos primeiros hospitais psiquiátricos brasileiros - na primeira metade do século XX, evidenciou como os crivos para a construção dos diagnósticos e para a determinação das medidas de internação e tratamento são



baseados, antes de tudo, na definição de “desvios” do comportamento, e na hierarquização de expressões culturais e características físicas.

A violência de Estado expressa na institucionalização, alicerçada em teorias raciais e eugênicas, com fins de manter os circuitos de acumulação, fortalece a premissa de que o indivíduo é responsável exclusivo por seu sofrimento, restando-lhe apenas a opção de apartar-se ou ser apartado da vida em sociedade quando torna-se “irreversivelmente improdutivo”. Guerin (2017) reforça a importância de se dispor ao reconhecimento das relações entre o sofrimento (e seus desdobramentos “sintomáticos”) e os papéis e posições impostos ao longo da história sobre determinadas frações populacionais, os quais muitas vezes acabam por ultrapassar a experiência individual em vida de um sujeito.

### *1.6 Psicólogos na Saúde*

Sabe-se que grande parcela dos psicólogos, dado o percurso histórico de consolidação da profissão no Ocidente, limitam-se a atuar em mudanças num âmbito individual, restringindo-se à classificação dos sujeitos como aptos ou inaptos para o trabalho. A ciência psicológica moderna ocidental sustenta-se, profundamente, na prática clínica, cujas raízes são calcadas no modelo biomédico, sobretudo, a partir da década de 1930, com a consolidação de técnicas de psicodiagnóstico. Nestes moldes, o profissional busca observar, analisar e intervir a fim de obter uma possível cura e/ou ajustamento social (KEPPLER; YAMAMOTO, 2016).

Fruto deste conjunto de princípios, o modelo de clínica psicológica liberal privada presentifica-se como uma das mais reconhecidas formas de atuação que competem ao psicólogo, encontrando-se até então predominante entre currículos e profissionais. Caracteriza-se a atividade liberal de psicoterapeuta pelo atendimento em consultório particular, destinado e acessível por pessoas economicamente privilegiadas, centrado numa relação na qual o indivíduo é percebido como alguém a-histórico e abstrato, e que muitas vezes permite a aplicação descontextualizada de teorias de origem estranha ao contexto brasileiro (FERREIRA NETO, 2010).

Ao seguir a premissa de cisão entre psicologia e política, reproduz-se práticas meramente curativas, comprometidas com a naturalização das relações de poder e opressão. (KAHHALE; MONTREOZOL, 2019). E responder, efetivamente, à pluralidade das demandas apenas é possível quando essa prática pode contar com o desvelamento de ideários que justificam a desigualdade como uma providência divina, gerando o que se

chama de fatalismo, e impedindo o desenvolvimento de perspectivas de futuro e desejo por melhorias na qualidade de vida (MARTIN-BARÓ, 1996).

Muitos psicólogos atuam por um ideal de mudança social, mas não necessariamente sabem por onde começar. Há a clara necessidade de espaços de reflexão sobre suas atuações, além da formação contínua, para que se possam dar respostas mais efetivas às demandas sociais. (PAIVA; YAMAMOTO, 2010, p. 154)

De meados dos anos de 1980 até os dias de hoje, passaram a obter maior circulação nos espaços acadêmicos tradicionais enfoques que versam sobre a indissociabilidade do processo saúde-doença do plano coletivo (SAWAIA, 2014). A abordagem das dinâmicas de poder e o controle sobre as circunstâncias da vida, bem como a transformação social, por parte do campo da Psicologia Social e Comunitária, desdobrou-se em contribuições de enorme relevância para as diferentes instâncias nas quais a profissão se insere (MONTERO, 2004).

Postulada como ciência dos vínculos interpessoais e outras formas de interação, a psicologia social voltada para uma mudança social planejada pode proporcionar uma perspectiva integradora de determinadas circunstâncias históricas. Em função do desenvolvimento das condições da realidade concreta, esta perspectiva deve ser sujeita à contínua realimentação e correção da teoria, através de sua confrontação com a prática e vice-versa, obtendo uma crescente objetividade, denominada como práxis (LANE, 1995; SAWAIA, 2014).

Sobre a função da prática do psicólogo, Martin-Baró (1996) aponta como essencial o exercício dos processos de desalienação, ou seja, de eliminação de mecanismos que bloqueiam a tomada de consciência sobre as contingências sob as quais a vida se reproduz. O autor também destaca que atuar com compromisso não significa apenas aumentar a abrangência dos serviços, mas refletir criticamente sobre quais são as consequências que as nossas atividades têm produzido e dirigir a ação para rumos diferentes daqueles que a Psicologia hegemônica tende a seguir.

Ao perceber o sujeito implicado em seu sofrimento, entende-se que ele é capaz de lidar com seu mal-estar e produzir transformações, o que torna essencial a participação ativa na busca de melhores condições de vida (LUZIO, 2011). Para tanto, para que se possa valer de expectativas de mudanças profundas, deve-se passar de "psicoterapia para os pobres" para ações de prevenção e promoção à saúde e de educação popular. Deve-se estimular a

participação e a emancipação da comunidade, além de novas construções sobre si e o mundo (PAIVA; YAMAMOTO, 2010).

A inserção da Psicologia no campo da saúde pública ocorre mediante reivindicações do Sistema Conselhos de Psicologia para a criação do cargo no SUS, e está registrada na Portaria nº 224. Tal inserção se dá no contexto de maior mobilização nos movimentos de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica. Segundo relatório elaborado pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE, 2016), em 2014 as psicólogas atuavam prioritariamente nas atividades de educação, saúde e serviços sociais, englobando quase 110 mil profissionais, o que indicou sua participação significativamente maior nas políticas públicas de saúde nas duas últimas décadas.

A referência da atuação das(os) psicólogas(os) na Saúde Mental referencia os princípios fundamentais que compõem o Código de Ética da profissão, a saber:

“O psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. O psicólogo atuará com responsabilidade social, analisando crítica e historicamente a realidade política, econômica, social e cultural. [...] VII. O psicólogo considerará as relações de poder nos contextos em que atua e os impactos dessas relações sobre as suas atividades profissionais, posicionando-se de forma crítica e em consonância com os demais princípios deste Código” (CFP, 2005, p. 7).

O papel das psicólogas nos CAPS, deve ser guiado pelo princípio da coletivização, pela superação dos processos de dominação social. Para tal, é preciso questionar o caráter normatizador de sua atuação, e opor-se a práticas e estudos baseados em uma suposta neutralidade, e conseqüentemente omissos diante da violência de Estado (BOARINI; BORGES, 2009).

Vechiatto (2019) alertou, também, para o fato de que as instituições de saúde têm se privado de sistematizar suas experiências e de registrar suas construções, que findam por se perder no tempo e no espaço, principalmente nos momentos de mudança governamental no campo do Poder Executivo. É importante ressaltar que a sistematização de experiências, ao mesmo tempo em que permite a inscrição da história dos serviços, exige um trabalho de reflexão e avaliação das práticas. Pode-se dizer que as psicólogas, na medida em que carregam como especificidade de seu campo uma leitura sobre a determinação do sofrimento, têm como tarefa histórica construir a crítica ao discurso que reduz experiências humanas à psicopatologia.

## 2 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO

### 2.1 Políticas de Saúde e Saúde Mental no Município

A partir de relato inserido no Caderno Comemorativo dos 20 anos da Luta Antimanicomial, redigido em 2007 pela ex-servidora da Prefeitura Municipal de Bauru, Ivete Maria Pícaro, destacam-se alguns marcos da construção e execução de políticas de saúde mental no município, bem como processos de trabalho a serem ainda superados, conforme é descrito a seguir.

A cidade de Bauru, palco do II Congresso Nacional dos trabalhadores de saúde mental em 1987 (AMARANTE, 1995), contou no mesmo ano com a inauguração do Núcleo de Apoio Psico Social – NAPS. A proposta do Núcleo se concretizou a partir de uma série de discussões entre a Secretaria Municipal de Saúde, o Departamento de Psicologia da Unesp e o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental.

Inicialmente, o NAPS possuiu como coordenador o psiquiatra Dr. Roberto Tykanori. O efetivo funcionamento do NAPS iniciou-se em meados de 1988, com o intuito organizar o atendimento em saúde mental voltado para pessoas de todas as faixas etárias. As diretrizes de funcionamento adotadas nesse período incluíam a promoção de saúde e a priorização da produção e reprodução da vida através de ações coletivas (PÍCARO, 2007).

No ano de 1992 o trabalho em saúde mental com crianças e adolescentes obteve um espaço físico próprio, denominado ‘Núcleo Infantil’. Segundo relato, o cuidado em saúde mental oferecido para crianças e adolescentes era definido a partir de ações interdisciplinares conduzidas pela equipe, composta por fonoaudiólogas, psicólogas, assistente social e neuropediatra, junto à escolas, Unidades Básicas de Saúde, dentre outras instituições e pontos de atenção (PÍCARO, 2007). Concomitantemente, a profissional caracterizou as ações da equipe enquanto atendimentos de enfoque clínico. As demandas predominantes entre os usuários, familiares e educadores atendidos foram descritas como “dificuldades de fala, dificuldades de aprendizagem e problemas emocionais”.

Em 1996 com intuito de ampliar a rede de serviços de saúde mental, e em conformidade com deliberações da II Conferência Municipal de Saúde, foi elaborado o Projeto de Equipe Mínima de Saúde Mental em Unidade Básica de Saúde entre os Departamento de Unidades Ambulatoriais – DUA e o Departamento de Urgência e Emergência – DUE, o qual propôs a atuação de profissionais da psicologia, serviço social, nutrição, enfermagem, e medicina na prevenção e promoção de saúde mental entre os pontos de atenção dirigidos pelos respectivos departamentos. Visto que a resolução da

Conferência previa uma equipe mínima para cada 50 mil habitantes, foram implementadas equipes, sediadas nos bairros Núcleo Mary Dota, Ipiranga e Bela Vista. No mesmo ano, também foi fundada a Divisão de Saúde Mental, vinculada ao DUA, responsável pela coordenação técnica das equipes especializadas em Saúde Mental (PÍCARO, 2007).

Em 1998, o NAPS assumiu a demanda por Pronto Atendimento e Urgência para pessoas de 12 a 21 anos. Conforme relatado, os profissionais guiaram-se pela proposta terapêutica de visão sistêmica, e buscavam contextualizar o sofrimento mental como resultado de múltiplas determinações na realidade social e cultural do indivíduo (PÍCARO, 2007).

Em 2002 a Secretaria Municipal de Saúde iniciou o redimensionamento dos serviços existentes, com intuito de alinhá-los à implantação do novo modelo de assistência (CAPS), previsto pela Lei 10.216/01 (BRASIL, 2001) e pela portaria GM 336/02 (BRASIL, 2002). A Divisão de Saúde Mental iniciou um ciclo de discussões com a Divisão Regional de Saúde X, a Secretaria Municipal da Saúde, e o Ambulatório Regional de Saúde Mental. Após aprovação por parte do Conselho Municipal de Saúde, foi formalizado o convênio entre a PMB e o Ministério da Saúde para a implantação de 3 CAPS: CAPS AD II, CAPS i II e CAPS I (PÍCARO, 2007), com aprovação formalizada pela Portaria GM/MS No.95, e programada a partir da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS - SUS 01/2001).

O Ambulatório Municipal de Saúde Mental (antigo NAPS - Adulto), também fundado em 2002, obteve a função de acompanhar transitoriamente usuários designados como portadores de transtornos mentais leves e moderados, encaminhados pela RAS. A equipe multiprofissional deste ponto de atenção tinha como finalidade a manutenção do tratamento medicamentoso, ressocialização e vinculação do paciente na rede de atenção básica. Durante o ano seguinte, a Divisão de Saúde Mental realizou treinamentos, abertos a toda rede pública municipal da saúde, com vistas a discutir a importância da articulação entre os pontos de atenção básica e especializada para o planejamento de ações de promoção de saúde e combate à medicalização (PÍCARO, 2007).

Em 2013, celebrou-se convênio da PMB com a APAE e a SORRI, mediante aplicação da Portaria Nº 584, a qual dispõe da habilitação e custeio dos Centros Especializados em Reabilitação (CER). Desde então, usuários diagnosticados ou com encaminhamento autorizado para avaliação de aspectos do neurodesenvolvimento (como TEA, Síndrome de Tourette, Epilepsia, D.I., P.C.) são, geralmente, encaminhados pelos diferentes pontos de atenção da RAS para Componentes da Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) (PMB, 2023a).

Em 2014, em decorrência da adesão do município ao Programa Interministerial “Crack é Possível Vencer”, fora proposto, aprovado e implantado o CAPS AD III infanto-juvenil, voltado ao atendimento de residentes do Município de Bauru, com idade entre 08 e 18 anos, com queixas relacionadas ao uso de substâncias psicoativas (PMB, 2021).

Em 16 de Outubro de 2017, considerando a ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos e dispositivos como as comunidades terapêuticas enquanto retrocessos, o Conselho Municipal de Saúde de Bauru publicou uma moção de apoio aos usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental do município de Bauru, ao movimento nacional da luta antimanicomial, reforma psiquiátrica brasileira e em defesa do SUS (BRASIL, 2017).

Em 2022, com base na Portaria nº 3.588 de setembro de 2017, foi inaugurada a Equipe Multiprofissional Especializada em Saúde Mental de Bauru/SP, sediada no Centro de Especialidades Médicas Municipal - Policlínica. O Projeto Técnico do serviço (PMB, 2023b) prevê funções similares às do AMSM, mas com enfoque em atender preferencialmente recortes populacionais como pessoas de 3 à 18 anos incompletos, que encontram-se sob acolhimento institucional nas SAICAs, e que apresentam demandas classificadas como “Moderadas”, segundo Protocolo de Estratificação de Risco em Saúde Mental (PMB, 2023b).

Em 2023, fora anunciado em audiência pública realizada em 20 de setembro a implantação de 4 equipes multiprofissionais as quais seriam responsáveis pelo fortalecimento da atenção em saúde mental na APS em 4 diferentes regiões da cidade.

## 2.2 Unidade

Atualmente, o funcionamento do CAPS-ij II no município de Bauru se dá no período das 07hs às 18hs, durante os dias úteis da semana. O Centro dispõe de uma equipe composta por um médico (psiquiatra), uma enfermeira, sete profissionais de nível superior (3 psicólogas, 1 assistente social, 2 fonoaudiólogas e 1 terapeuta ocupacional) e 2 profissionais de nível médio (técnicos de enfermagem). Segundo a Portaria Nº 336, a equipe mínima deve ser composta por: a) 1 médico psiquiatra, neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; b) 1 enfermeiro; c) 4 profissionais de nível superior entre as categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo, dentre outros; d) 5 profissionais de nível médio entre as categorias: técnico de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002).

Conforme prevê a legislação (BRASIL, 2002), a equipe mínima deve atender 15 usuários por turno e ter como atendimento diário um máximo de 25 pacientes, para municípios com cerca de 200 mil habitantes. Durante o ano de 2023, período no qual a equipe contou com a quantidade de profissionais abaixo do mínimo requerido, foi obtida a média de 26 atendimentos diários. Segundo censo realizado pelo IBGE em 2022 estima-se que Bauru possua 379.146 habitantes, com cerca de 74 mil ocupando as faixas etárias entre 5 e 19 anos, ou seja, próximo ao dobro da capacidade operacional da equipe mínima. Questiona-se a confiabilidade dos parâmetros de capacidade operacional traçados em 2002, visto o aumento na quantidade, na intensificação do agravamento e na complexificação das disparidades de acesso entre usuários cujas demandas a RAPS se propõe a atender.

A portaria (BRASIL, 2002) cita que a equipe deve proporcionar: a) atendimento de cunho ambulatorial de atenção diária; b) regulação e organização das demandas e redes de cuidado, através da supervisão, matriciamento e capacitação de equipes, serviços e programas de saúde; c) contínua atualização do cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental. As principais atividades realizadas pelos profissionais da equipe técnica vigente incluem: triagem (Anexo 1; modelo utilizado pela Unidade), avaliação psicossocial (Apêndice C; modelo utilizado pela pesquisadora), grupos terapêuticos e psicoeducativos, oficinas, atendimentos individuais, visitas domiciliares, atividades sociocomunitárias, ações de matriciamento e organização da RAPS, realização e participação de capacitações, registros de atividades e procedimentos concluídos, discussões de caso, e contatos e reuniões intra e intersetoriais. Desde janeiro de 2023, as reuniões de equipe ordinárias são realizadas semanalmente, sendo convocados todos os técnicos que realizam atendimentos individuais e coletivos. Os tópicos abordados e seus encaminhamentos são registrados em Ata.

Ao discorrermos sobre as funções de um CAPS, não se pode perder de vista seus papéis fundamentais - assistencial e articulador - que o incumbem de desenvolver ações para o reconhecimento e a ordenação das diferentes demandas que concernem à saúde mental dos segmentos populacionais atendidos no território (COUTO; DELGADO, 2015).

No âmbito da articulação em Rede, o apoio matricial é eleito como estratégia fundamental, e deve objetivar: capacitar e fortalecer a rede de serviços substitutivos; promover a corresponsabilização entre equipes; e acompanhar sistematicamente os serviços e a circulação de usuários entre estes. No caso dos CAPS, o matriciamento trata-se de uma ferramenta para regular fluxos e desenvolver a Reforma Psiquiátrica no território, ao demonstrar que a atenção psicossocial não é atribuição exclusiva de nenhuma especialidade

ou serviço, pertencendo a todo o campo da saúde. Ações de matriciamento em saúde mental podem ser desenvolvidas junto a quaisquer serviços provenientes de políticas públicas sociais, caracterizando ações de articulação de redes intra e intersetoriais (OLIVEIRA, 2021).

No âmbito das modalidades de atendimento desenvolvidas, deve-se basear na elaboração de Projetos Singulares Terapêuticos (PTS). De acordo com o MS (BRASIL, 2010c), o Projeto Terapêutico Singular é uma proposta interdisciplinar de condutas terapêuticas. Sua elaboração se dá ao longo de encontros dos sujeitos envolvidos - usuários, familiares, equipes, entre outros. Segundo Pitta (1996), trata-se de facilitar que o sujeito e seus pares estabeleçam, no melhor nível possível, a autonomia no exercício de suas funções na comunidade, “mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreativo” (1996, p. 19). Apesar da diversidade de propostas encontradas que envolvem a formação e a humanização do trabalho em saúde, predomina um ideal de autonomia que tende para a funcionalidade e adaptabilidade do sujeito, característico do pensamento liberal, e apoiado em práticas clínico-privativas (GONÇALVES; CALIMAN; CÉSAR, 2021).

A partir de uma apreensão crítica sobre a posição que se ocupa na sociedade de classes, a proposta de priorizar atividades coletivas pode oferecer contraposição ao modelo liberal (RIBEIRO, MARIN e SILVA, 2014). Nesse sentido, para que de fato se concretize a instrumentalização para o exercício da cidadania, ressalta-se a necessidade de, ao construir um PTS, priorizar o fortalecimento de pessoas e suas respectivas famílias, equipamentos sociais, e comunidades, com vistas a desembocar em processos de coletivização do trabalho e de cuidado em saúde.

Uma vez introduzida a proposta de coletivização, é possível operacionalizar este processo através da modalidade que encontra-se, inclusive, citada na legislação: o grupo operativo. Pichon-Rivière (2009) considera que o chamado grupo operativo é definido como um conjunto de pessoas ligadas entre si por uma constante de tempo e espaço, articuladas por mútuas representações internas, se utilizando de determinadas normas, atuando em torno de uma tarefa. Tal atividade caracteriza-se como estratégia de cuidado, podendo se apresentar com tipos e objetivos diversos, dentre os quais se destacam os objetivos educativos e terapêuticos. Neste contexto, o profissional de saúde deve atuar como apoiador local, estimulando a construção de uma rede e de espaços de convívio propícios para redução do sentimento de isolamento e impotência diante de adversidades de ordem



estrutural. Conforme se alinham os objetivos em comum, a manutenção dos grupos é assumida pelos próprios participantes (CFP, 2022).

A partir de um estudo exploratório-descritivo realizado em uma unidade de saúde mental, Ribeiro, Marin e Silva (2014) elencaram elementos que caracterizavam o planejamento, execução e resultados de processos grupais realizados. Segundo estes, o grupo operativo potencializa o compartilhamento de experiências e a produção de pertencimento social; toda forma de pertencimento social é a base para a formação de sujeitos ativos e criativos na consolidação dos laços sociais; e sujeitos com sentimento de pertencimento social tornam-se potencialmente capazes de interpretar e manejar situações de adversidade.

Em apresentações do serviço realizadas no ano de 2022, é observada a reincidência do desafio de articular uma rede de atenção à saúde mental de base comunitária, participativa e operativa, conforme proposto na Lei 10.216 (BRASIL, 2001). A Rede de Saúde do município enfrenta lacunas importantes em sua organização, dentre as quais, a fragilidade dos NASF desde sua regulamentação, inconsistência de fluxos de urgência e emergência em saúde mental para a população entre 3 e 18 anos incompletos, e a insuficiência de recursos materiais e humanos para o cumprimento de objetivos de assistência e matriciamento nos diferentes níveis de saúde (PMB, 2021). A escassa abrangência da APS e a inconsistência de fluxos entre os diferentes níveis, também assinaladas por trabalhos levantados na revisão (OLIVEIRA, 2021; REIS; PEREIRA, 2023; SILVA; JURDI, 2022), e profundamente relacionadas à economia política da saúde, proporcionaram o amplo escoamento da demanda para os CAPS observado hoje. Devido ao processo de ambulatorização e instrumentalização dos CAPS para “estancar” crises de ordem coletiva, o princípio do atendimento multiprofissional e das ações territoriais dificilmente é cumprido, e o dispêndio dos CAPSij em acolher e vincular-se às comunidades torna-se escasso (CRUZ; OKAMOTO; FERRAZA, 2016; GOMES; PEDRERO, 2015).

Devido à concentração das unidades de serviços especializados de saúde na região central do município, é notável a dificuldade de acesso para a população de bairros periféricos - majoritariamente ocupados pela parcela da população com menor poder aquisitivo. As restrições de horário e deslocamento impostas aos usuários e seus responsáveis por seus respectivos locais de ensino e/ou trabalho recorrentemente tornam-se também obstáculos para a efetiva adesão ao PTS. Paralelamente, a sobrecarga gerada pela escassez de recursos humanos e materiais torna-se grande impeditivo para a realização de ações no território e a articulação com a Rede.

A progressiva e intencional baixa de recursos e políticas destinadas à rede pública de saúde tem sido um movimento prejudicial para o desempenho da Rede. Em benefício do setor privado, o processo de regionalização e qualificação da saúde pública enfrenta diversos obstáculos devido ao subfinanciamento e escassez de políticas que visem impedir a perpetuação das profundas disparidades socioeconômicas, prejudicando a quantidade e qualidade dos serviços disponibilizados (MACEDO et al., 2017).

A partir da identificação das contradições, recursos e desafios levantados pela literatura nacional e pelos documentos publicizados no Âmbito municipal, percebe-se enquanto dificultoso o cumprimento efetivo de ações de cunho assistencial e de articulação intersetorial pela consolidação da RAPS no território abarcado. Para iniciar a elaboração de propostas de funcionamento, serão apresentadas, discutidas e sintetizadas no “Projeto Técnico”: as demandas em saúde mental, os perfis sociodemográficos majoritariamente direcionado ao serviço, os fluxos consolidados, e os pontos de atenção com os quais deve-se estabelecer fluxos e ações conjuntas.

### *2.3 População atendida (dados preliminares)*

Conforme a Portaria No 336 (BRASIL, 2002), o CAPS ij II trata-se de um serviço de atenção diária, de caráter transitório, destinado ao atendimento de jovens de 3 à 20 anos e 11 meses acometidos por “transtornos mentais graves e persistentes”. Conforme a legislação, estão incluídos na categoria “transtornos mentais” os portadores de quadros agudos de psicoses, neuroses e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais (BRASIL, 2004c). A definição de transtornos mentais graves e persistentes como um dos critérios de inserção no serviço é amplamente adotado na legislação corrente nas diferentes esferas, nos manuais técnicos profissionais e nas cartilhas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004c; 2005; 2022b; CFP, 2022). O termo foi cunhado pelo Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos (NIMH) em 1987, sob a premissa de substituir o termo “doença mental crônica”, devido à forte associação deste último a aspectos essencialmente orgânicos e irreversíveis (ZUMSTEIN; RIESE, 2020). São recorrentemente considerados conjuntos de transtornos mentais graves e persistentes: quadros psicóticos, afetivos, espectro impulsivo-compulsivo, transtornos alimentares e da personalidade (BRASIL, 2022b).

Em Bauru, descreve-se o público-alvo dos serviços e ações do CAPSij II como “usuários com transtorno mental grave e persistente” (PÍCARO, 2007). Também são absorvidos pelo serviço usuários que apresentam risco de vida ou de prejuízos graves à

saúde associados à autoagressão ou heteroagressão, conforme Protocolo de Estratificação de Risco (PMB, 2023b). Ademais, a Unidade deve observar sua participação no Fluxo de Atendimento à Vítimas de Violência Sexual (PMB, 2022), na Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente, e na aplicação da Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e Suas Famílias em Situação de Violência (BRASIL, 2010b; PMB, 2022).

Durante 2023, quadros de ansiedade e depressão, associadas à ideação, planejamento e tentativas de suicídio compuseram as principais hipóteses diagnósticas atribuídas nos processos de triagem feitos pelo Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil II de Bauru, local onde se realizará a presente pesquisa. Em levantamento de informações coletadas em triagem em 2023, constatou-se que mais 50% dos usuários acolhidos possuíam entre 14 e 17 anos completos; entre estes, o histórico de ideação, planejamento e tentativa de suicídio mostravam-se novamente como a situação mais frequentemente relatada (PMB, 2023). Destaca-se também o fato de que grande parte dos jovens que passaram por acolhimento estudam em escolas da Rede Pública e trabalham ou já trabalharam, sob regime de trabalho formal e/ou informal.

Atualmente, a Atenção Primária (UBS, NASF, Consultório de Rua, Centros de Convivência e Cultura), preconizada como porta de entrada para os serviços do CAPS, acaba por não constituir principal fonte de encaminhamento referida nas triagens da Unidade. Em movimento similar ao descrito por diversos autores (REIS; PEREIRA, 2023; SILVA; JURDI, 2022; LEITÃO, 2020; OLIVEIRA, 2021), os principais encaminhamentos provém de escolas estaduais e municipais, UPAs, Conselho Tutelar, e serviços terceirizados de saúde e assistência social (Rede CER e SAICAs, respectivamente). As instituições citadas, guardadas as particularidades de sua composição profissional e do enfoque de suas atividades, muitas vezes pautam-se nos preceitos de adaptabilidade e normalidade do indivíduo. Os encaminhamentos são marcados pela proeminência de relatos de violência vivenciada e/ou praticada, e da compreensão do sofrimento e processos de aprendizagem como “problemas” de cunho psíquico, cognitivo e/ou comportamental, vivenciados individualmente pelo usuário encaminhado, e lidos como preditores de expressões patológicas (VECHIATTO; ALVES, 2019).

Vechiatto e Alves (2019) argumentam que estes tipos de encaminhamento divergem da forma proposta nos princípios de construção do CAPSij, e indicam a existência de uma percepção deturpada sobre as atribuições do centro e a tentativa de utilização do espaço

como “depósito” para os jovens que expõem as mazelas produzidas pelo modo de funcionamento das referidas instituições.

Outra conduta frequentemente adotada, especificamente pela Rede CER, consiste na conclusão de acompanhamento e encaminhamento informal. Nos relatórios de encerramento trazidos pelos usuários constam frequentemente os dizeres “continuidade nos serviços da comunidade”, enquanto que os familiares referem ter sido verbalmente orientados a procurar o CAPSij. O encaminhamento informal de de usuários com processo terapêutico interrompido e/ou Alta Administrativa, para outra unidade especializada, desprovido de ações de apoio matricial e de corresponsabilização com a Atenção Primária, é conduta desalinhada aos parâmetros técnicos que regem o cuidado em saúde, e ocasiona o retrabalho e o uso inadequado de recursos humanos. Conforme Guedes et al. (2017), embora os CAPS sejam estratégicos no cuidado em saúde mental, não devem ser entendidos como serviços que mantêm acompanhamento em regime asilar e/ou de longo período, mas possibilitar o estreitamento de vínculos atenção primária e demais equipamentos sociais do território.

O fluxo é um instrumento de gestão, atualmente utilizado para promover resolubilidade da rede, redução de custos e satisfação dos usuários. O estabelecimento de fluxos territoriais do CAPSij com a Rede de Atenção à Saúde e Redes intersetoriais (educação, esportes, cultura, lazer, assistência social) deve ser construído com a participação de todos os envolvidos, pactuado com a RAS local, publicizado, monitorado e constantemente avaliado em sua eficácia.

As pessoas acolhidas no CAPS que apresentarem demandas sanáveis pela Atenção Primária (UBS, CdR, Centro de Convivência) ou por serviços especializados em saúde que outras unidades da Atenção Secundária (Rede CER, CRMI, CTA, Policlínica) abrangem, devem ser referenciadas para a unidade mais adequada, em termos de acessibilidade, qualificação e vínculo territorial. Diante de quadros que implicam risco de vida ao usuário e/ou seu círculo social, o caso deverá ser discutido imediatamente com a equipe local para definição do acolhimento em “observação” e após, seguir fluxo da organização, do cotidiano interno do Caps, até estabilidade do quadro e articulação territorial para retorno à atenção primária e comunidade. Entretanto, em casos clínicos agudos, que apresentarem risco para o usuário ou terceiros, e que não respondem de forma segura à tecnologia de cuidado adotada pelo Caps, deverá ser acionada a atenção hospitalar em saúde mental (Hospitais Gerais) e/ou serviços de urgência e emergência (UPA, SAMU).

Grande parte do segmento absorvido pelo serviço - mediante correspondência a um ou mais dos critérios de inserção - trata-se de: usuários com 14 a 17 anos completos;

autoidentificados enquanto LGBTQ+; autoidentificados enquanto negros; vítimas de violências de diferentes naturezas, ocorridas sob diferentes circunstâncias; com histórico de ideação, planejamento e tentativa de suicídio; e que vivenciam insegurança financeira, alimentar e habitacional.

Segundo o artigo 5º do ECA, deve ser assegurado “que nenhuma criança e adolescente seja objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”. Causas externas (acidentes e violências) respondem pela primeira causa de morte a partir de um ano de idade, segundo dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (BRASIL, 2023). Com relação ao recorte populacional 10 a 19 anos, a maioria dos casos de suicídio ocorreu entre pessoas de 15 a 19 anos. Entre 2012 e 2021, foram registrados 8.391 óbitos (84,29%) com esta faixa etária, constituindo a quarta principal causa de morte.

Os dados publicados pela Vigilância em Saúde (2022a) indicam duas problemáticas a serem enfrentadas: a medicalização e a violência. Para promover a atenção integral à crianças e adolescentes com direitos violados, o Ministério da Saúde estabeleceu, em 2010, a “Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e Suas Famílias em Situação de Violência”, que orienta ações e serviços de: a) respostas imediatas nas dimensões do acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede nos três níveis de atenção à saúde; b) desenvolvimento de ações de promoção da saúde, de prevenção de violências; c) continuidade do cuidado na rede de proteção social.

A partir de relato de experiência, Bontempo (2009) sinalizou a importância da territorialidade e da intersetorialidade para a consolidação do leque de ações do CAPSij. Por meio do projeto intitulado “Circulando pela cidade”, propôs-se a transição entre espaços da cidade e a mediação do estabelecimento de relações sociais nos diferentes contextos encontrados. Desse relato de prática, o autor evidencia, e Vechiatto e Alves (2019) reforçam, que a formulação de ações não pode se encerrar entre as paredes do CAPS. Apesar das inúmeras contradições existentes entre os princípios de funcionamento do CAPSij e suas atuais ações, compreende-se que esse serviço foi e é um marco para a história da saúde mental infanto-juvenil. Pois, é por meio deste que profissionais, familiares, comunidade e os próprios usuários começam a perceber-se como sujeitos de direitos (VECHIATTO; ALVES, 2019).

Nesse sentido, aponta-se a necessidade de compreender que surgem, nos CAPS, demandas decorrentes de processos de sofrimento que são, primordialmente, impostos pela organização social vigente: sobrecarga e precarização do trabalho, insegurança financeira,

alimentar e habitacional, violência (física, sexual, de Estado, repressão de expressões não normativas de gênero, raça, cultura e sexualidade, dentre outras). Não se pode deixar de mencionar as próprias consequências das políticas de flexibilização e precarização praticadas contra a população durante a pandemia de Covid-19, as quais aprofundaram sofrimentos das mais diversas ordens, e provocaram a elevação de menções de ideação, planejamento e tentativas de suicídio nos processos de acolhimento.

### 3 CONCEITUAÇÕES CENTRAIS PARA O ESTUDO

#### *3.1 Os Determinantes Sociais de Saúde e a Determinação Social da Saúde*

Para introduzir a perspectiva aqui adotada - de Determinação Social da Saúde, bem como sua promoção, prevenção e recuperação - entende-se como relevante, primeiramente, retomar e diferenciar os modelos unicausais e multicausais amplamente disseminados no campo da Saúde Pública - e, mais adiante, da Saúde Mental - aos quais busca-se contrapor.

Em linhas gerais, o modelo unicausal obteve atenção nos países centrais do capitalismo entre a segunda metade do século XIX e o início do século XX, no esteio das descobertas modernas da bacteriologia, quando se consegue, pela primeira vez, enxergar microrganismos, e averiguar sua relação com doenças infectocontagiosas. Consolida-se então uma leitura do adoecimento com grande ênfase na necessidade de identificar no corpo humano um “agente causador”. Neste contexto, o papel da prevenção seria impedir o contato do agente com a doença.

Em meados do século XX, é observada uma transição epidemiológica nos países centrais, para as chamadas doenças crônicas. As mudanças na reprodução da força de trabalho europeia, com reduções da jornada de trabalho, aumentos salariais, e saneamento do meio urbano, fez com que o grau de nutrição se elevasse, as doenças de infectocontagiosas fossem em grande medida controladas, e a expectativa de vida de determinados segmentos aumentasse. Ganha propulsão o modelo multicausal, baseado no levantamento de fatores de risco e proteção através de instrumentos quantitativos e probabilísticos. São um exemplo notável os testes psicométricos desenvolvidos e utilizados na atualidade. Por mais que os ditos fatores sociais possam estar computados, dentro de uma rede de causalidade, Gomes (2017) assinala uma falta de hierarquização e diferentes desdobramentos negativos desta forma de compreender e produzir saúde. Para o autor, a denominação de fatores na concepção multicausal, funcionalista, sistêmica, opera uma

compartimentalização de processos multideterminados extremamente interrelacionados, e o fator de risco, isolado, tem baixo poder explicativo sobre a doença.

Atualmente, em conformidade com recomendações da OMS, de fundações internacionais, e conferências de promoção da saúde, é amplamente difundida por correntes progressistas de diferentes categorias profissionais da saúde a teoria dos determinantes sociais. Esta corrente visa atualizar o modelo biopsicossocial e substituir a ideia de riscos por determinantes sociais. (MIGUEL, 2017).

De acordo com definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), os determinantes sociais da saúde estão relacionados às condições em que uma pessoa vive e trabalha, englobando fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população, tais como moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego. (CRP, 2022, p. 68).

Na tentativa de reunificar os fenômenos fragmentados na forma de fatores, emerge o conceito de estilo de vida, ou uma somatória de riscos. O percurso ontológico, ou “estilo de vida”, é considerado então o condicionador de determinados processos de adoecimento, e subsidia as intervenções que seriam voltadas à prevenção. Estes preceitos, no entanto, proporcionam uma prerrogativa para a transferência de responsabilidades para os próprios indivíduos no momento da prescrição. Prescreve-se mudanças de hábitos independentemente da realidade e das necessidades materiais dos indivíduos, e alimenta-se práticas de culpabilização quando as queixas persistem. Quando parte-se do princípio de que o trabalho se encerra em informar e prescrever hábitos para produzir saúde, é aprofundada uma separação entre “nós”, os profissionais da saúde, “eles”, os usuários, e ainda “Eles”, os gestores (GOMES, 2017, VIAPIANA; GOMES; ALBUQUERQUE, 2018, SILVA; BICUDO, 2022).

À primeira vista, tende-se a crer que é uma teoria crítica. Mas a suposição de que as pessoas essencialmente constituem e modificam suas condições de vida de modo individual - ou, no máximo, em nível de ambiente familiar - revela uma compreensão nociva de educação em saúde que, em sua base, não prevê o questionamento sobre as raízes últimas dos determinantes sociais - a determinação social da formação social e econômica.

Diferentes estudos indicam uma relação entre renda e mortalidade infantil, mas a renda não é um fator explicativo por si. A renda está fundamentalmente relacionada com as relações sociais de produção. A premissa de que os fatores podem ser separados estabelece restrições à compreensão do processo de adoecimento. Observa-se uma tendência à reificação dos fatores, onde todos serão compreendidos como os “grandes causadores” de adoecimento por si. Por que um determinado segmento da população tem uma renda mais baixa do que outro? Os motivos e suas possíveis saídas são omitidos, e o papel do indivíduo torna-se produzir um itinerário em sua vida que evite os riscos que se encontram pulverizados na sociedade. As diversas esferas societárias, por sua vez, tendem a homogeneizar e irradiar determinada compreensão do que é saúde como produzi-la.

Em contraposição a leitura biopsicossocial, a teoria da determinação social parte do caráter histórico e social dos problemas de saúde. Nestes termos, a concepção da determinação social ancora-se no referencial teórico do materialismo histórico-dialético, estabelecendo como base de compreensão das iniquidades em saúde a análise e problematização da dinâmica de produção capitalista (DOWBOR, 2008). Quando denota-se que determinada categoria profissional tem maior chance de apresentar determinado quadro, pressupõe-se que haja segmentos de classe que determinam as condições do adoecimento. Neste sentido, sociedades apresentarão diferentes perfis epidemiológicos e produzirão diferentes critérios para delimitar o que é doença, por sua vez resultante de modos de produção.

Esta concepção pôde ser discutida em encontros em grupo nos serviços de saúde a partir de questionamentos tais quais “Qual é a duração de uma vida humana?”. Para responder a pergunta, os participantes de um encontro procederam em verificar o momento histórico, a localização geográfica, os segmentos sociais os quais ocupa, o trabalho que exerce, dentre outras características que permeiam o modo de divisão social do trabalho e têm impacto na duração do ciclo vital, na incidência de doenças, na definição dos diagnósticos, e nas causas de morte. Assim como tem uma relação direta, o perfil de saúde e doença das populações e o grau de desenvolvimento das forças produtivas e sua relação com as relações de produção.

Dentro da lógica vigente de divisão social do trabalho, a produção de critérios diagnósticos e sua associação acrítica com determinantes em saúde “justifica” a existência de sujeitos “saudáveis”, com capacidade de adaptabilidade à reestruturação produtiva, e de sujeitos “incapazes” de seguir as regras impostas socialmente. Segundo Faria (2005), muitas das políticas de saúde para as mulheres priorizam apenas seu papel de cuidado com a



criança. As políticas que incidem sobre os homens, por sua vez, estão voltadas para a garantia do emprego e da infraestrutura para sua manutenção ou circulação das mercadorias. Historicamente, a produção dos diagnósticos é decorrente dos princípios de teorias eugenistas, que até hoje permeiam, de maneira mais sofisticada, as compreensões sobre perfis epidemiológicos. Quando se sublinha a questão do acolhimento universal, portanto, uma das necessidades que se inscreve é a da desconstrução da demanda.

Na América Latina, a partir dos anos 60 e 70, período em que grande parte do continente esteve sob ditaduras, foi vista uma piora significativa das condições de vida, com novas formas de adoecimento, e o irrompimento de epidemias. Na ocasião, diversos autores retomaram a compreensão de que as relações sociais produzem as formas de adoecimento sobre a população, e que constituíram as bases metodológicas da Saúde Coletiva, da Medicina Social Latino Americana, e da Psicologia Social e Comunitária (GOMES, 2017).

A teoria da Determinação Social da Saúde obteve significativo alcance no Brasil em meio às disputas ideológicas travadas pelo Movimento Sanitário Brasileiro, e é marcada por escaladas da percepção dos processos de adoecimento fundamentalmente resultantes das condições de vida da população, e por repressões da tese, sob a premissa de que a condição pautada é resultado de uma herança genética ou de comportamentos individuais (NOGUEIRA, 2010).

Laurell (1989), pesquisadora da escola mexicana da Medicina Social Latino Americana, enfatizou a centralidade do processo de trabalho, a partir da dinâmica de desgaste e reprodução da força de trabalho. Característica ontológica do humano, o trabalho funda o humano para a transformação do mundo e para a transformação de si próprio como um ser não mais apenas biológico, mas necessariamente social. Essa força de trabalho e capacidade de operar sobre o mundo sofre contínuo desgaste físico e afetivo-cognitivo, sendo necessário repor, ou reproduzir a força de trabalho, via momentos significativos e regulares de boa alimentação, reflexão, dispersão, descanso, lazer, acesso a bens e serviços, vinculação afetiva. Nestes termos, o desbalanceamento entre desgaste e reprodução, cada vez mais profundo, desemboca em processos de adoecimento, e tem suas justificativas continuamente renovadas pelos aparelhos ideológicos.

Além de Laurell, Breilh (2013), da escola equatoriana, contribuiu para a formulação de bases da determinação social, lançando olhar sobre a dimensão da reprodução social conforme a dialética marxista de universal, particular e singular. O conceito de reprodução social é então definido como o conjunto de relações de produção e reprodução da vida, atravessado pelo que Breilh (2013) denomina como processos críticos, protetores ou

destrutivos da saúde. No processo de trabalho, uma das dimensões da reprodução social, o indivíduo é cercado por processos protetores - que fortalecem capacidades vitais - e destrutivos - que deterioram capacidades - , dadas as particularidades das atividades exercidas. O universal é posto nesta análise como a estrutura das relações de produção, ou divisão social do trabalho, o particular como os perfis de reprodução das classes e coletividades humanas, e o singular a repercussão no plano dos indivíduos.

No Brasil, as contribuições da corrente da DSS voltaram-se com maior peso para a esfera do trabalho em saúde, com autores como Tambellini-Arouca (1984) e Mendes-Gonçalves (1992). Mendes-Gonçalves (1992) elaborou uma série de estudos que averiguam o quanto pertencer a uma classe determina condições de adoecimento. Concluiu-se que na classe trabalhadora localiza-se a maior parte dos fatores de risco, e que estes não são ocasionais, não são escolhas individuais, e nem condições imutáveis, mas implicam um perfil de relações entre forças produtivas e perfis de adoecimento e morte das populações do país.

Países com maiores indicadores de desigualdade social têm contradições importantes em sua apresentação epidemiológica, como se observa no Brasil, ex-colônia de capitalismo dependente, com grau de desenvolvimento das forças produtivas em estágio intermediário. Com o passar das décadas, as condições crônicas (doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, ansiedade e depressão) obtiveram maior destaque no perfil de adoecimento entre brasileiros. Ao mesmo tempo, observam-se ainda altos índices de mortalidade por tuberculose e malária. Outro aspecto central para o planejamento em saúde, são as várias formas de violência (acidente do trabalho, suicídio, violência doméstica, execuções praticadas por agentes do Estado) (MENDES-GONÇALVES, 1992; GOMES, 2017).

A reestruturação produtiva que a população enfrenta no presente estágio neoliberal, precariza vínculos, eleva cargas, impõe novas formas de expropriação, a ampliação do consumo sem aumento salarial e favorece a desmobilização das categorias com apoio de projetos de conciliação de classes. As formas contemporâneas de extensão da mais-valia absoluta promovem a ampliação da jornada de trabalho, por meio de hora extra, banco de horas, trabalho remoto. A acumulação primitiva executada pela indústria do agronegócio cada vez devasta o ambiente e seleciona novas cepas de microorganismos, e ocorre em concomitância com a regressiva qualidade da produção alimentar. As condições citadas tendem a enfraquecer imunologicamente e exercem peso nos perfis epidemiológicos (GOMES, 2017).

Visto que o acesso à saúde é diferente, os ditos fatores de risco assumem pesos diferentes nas classes e frações de classe. A alta incidência de suicídios entre povos indígenas não se findará com a ampliação de serviços de psicoterapia clínica individual, pois guardam profunda relação com o histórico de expropriação de terras, dentre outras inúmeras violências perpetradas (GOMES, 2017). Por outro lado, ainda segundo o autor, a demarcação de terras e a conquista de uma legislação nacional que reduza a jornada de trabalho - que hoje alcança formalmente 44 horas -, repercutiria em larga escala sobre a saúde de diversos segmentos populacionais.

A compreensão biopsicossocial utilizada pela OMS, reconhece que aspectos sociais influenciam a saúde, mas os vêem dispostos de maneira abstrata, em uma rede de causalidade indiferenciada. Através da concepção da determinação social, também se reconhece a relação dialética de determinação entre os aspectos sociais e biológicos. No entanto, a categoria classe social/divisão social do trabalho deve ser estudada como um vetor central. E o trabalho tem sua dupla dimensão, de valorização e mais valia, ao mesmo tempo produtor de saúde e produtor de adoecimento. A queixa pode ser entendida enquanto uma expressão concreta da corporeidade humana num processo histórico em determinado momento, o qual não deve ser considerado meramente circunstancial, mas conformado por contradições num contexto social, e que produz movimentos - inclusive de superação de estados.

Enquanto que é essencial prover orientações sobre hábitos que são deletérios para a saúde, uma vez que compreende-se que os processos sociais não só circunstâncias às quais os indivíduos se expõem (BREILH, 2013), deve-se tratar sobre os cenários de reprodução social e de produção da vida, com vistas a transformar esses ambientes de trabalho e comunidade, para, de fato, prevenir e promover saúde. Barcellos (2009) acrescenta que a adoção da DSS envolve contemplar a qualidade e acessibilidade dos serviços e ações de saúde pública, a maneira a qual as vizinhanças se configuram, e o grau de integração e suporte social presente em uma comunidade.

Organizar a rede de atenção psicossocial sob uma perspectiva da saúde mental crítica e da determinação social da saúde envolve uma atuação que, muitos no campo da gestão designam como intersetorial, devido ao respaldo que o termo obtém nas políticas públicas. Para apreender a totalidade, é essencial dialogar com outras ciências, reconhecer-se como trabalhador, e discutir ações políticas. Isso necessariamente envolve uma atuação que vincule os serviços de saúde com espaços acadêmicos, comunitários, articulações com movimentos, em práticas para além da Unidade. A eficácia de ações sobre a saúde da

população, conforme observado no histórico de lutas do MRS, é muito maior quando se tem a população politicamente organizada.

### 3.2 Juventudes

Atualmente, conforme Martins (2000), não é possível delimitar a juventude, através de fatores etários ou biológicos, tampouco como uma fase estática e universal do ciclo vital humano. As transformações estruturais do sistema produtivo contemporâneo e os processos de exclusão-inclusão são pano de fundo fundamental para se compreender as expectativas sobre o jovem no mundo e suas condições de desenvolvimento (MARTINS, 2000).

Ao longo da história, a juventude apresentou diferentes necessidades e papéis de acordo com o contexto sócio histórico e cultural em que viveu. Os limites que se interpodem entre as diferentes gerações são construções históricas e sociais, e expressam relações de poder, as quais produzem determinações heterogêneas do ponto de vista psicossocial (BOURDIEU, 1983). Nesse sentido, uma leitura dialética materialista da juventude no Brasil implica, por exemplo, interpretar relações de gênero, étnicas, socioeconômicas, e culturais, engendradas pelas transformações das relações sociais de produção.

As diversas formas de exploração do trabalho humano estão diretamente ligadas aos padrões de adoecimento psíquico - são longas jornadas de trabalho, exigências ligadas ao ritmo e ao cumprimento de metas de produção, isolamento social, violência urbana e/ou demais experiências de estresse que compõem o cotidiano de populações historicamente marginalizadas (KEPPLER; YAMAMOTO, 2016). Como produto dos processos de formação nacional brasileira, as populações negras e indígenas enfrentam sistemáticas restrições de acesso aos equipamentos de saúde, enquanto que profissionais da área não se encontram aptos para identificar as diferentes formas de exploração enquanto determinantes no adoecimento de segmentos da classe trabalhadora (TAVARES; KURATANI, 2019).

De acordo com Nakano e Almeida (2007), a análise da condição juvenil contemporânea também revela três instâncias cuja centralização na vida é fortemente fomentada pelo aparato jurídico e político vigente: família, trabalho, e escola. O governo brasileiro, por meio da criação de programas e políticas públicas, disseminou que o raciocínio de que a função central da escolarização seria o desenvolvimento profissional e a suposta ascensão social que essa qualificação acarretaria. Ao mesmo tempo, entende-se que ocorre um movimento intencional de exclusão de adolescentes da classe trabalhadora do processo de escolarização, na medida em que mantém uma força de trabalho barata e

facilmente descartável, cada vez mais requisitada pelo mercado (AMORIM, 2016). Dados do Mapa da Desigualdade (REDE NOSSA SÃO PAULO, 2021) apontaram que os segmentos etários mais afetados pela crise econômica na cidade de São Paulo incluíram pessoas entre 15 e 19 anos. A destruição de postos de trabalho e referências de saúde, cultura, educação, lazer e moradia, interfere profundamente no desenvolvimento do jovem e de suas relações interpessoais, e é frequentemente associada à incidência de violência praticada e/ou sofrida por este segmento (BETETTO, 2012).

Entre jovens, o fenômeno da violência adquire a particularidade de ser comumente interpretado enquanto cíclico e natural. A adolescência, em especial, é caracterizada por “especialistas” como um momento de construção de identidade, de rebeldia e de transição e preparação para a fase adulta. A noção de que a adolescência é uma fase marcada por muitas crises, revela, na verdade, que o uso da violência para a manutenção da produção na sociedade de classes é essencial. Oliveira e Rosa (2010) também denotam a função ideológica da caracterização da adolescência como fase instável, quando a instabilidade e a insegurança diante da escassez de autonomia e de recursos retratam, muitas vezes, as condições de vida na atualidade.

São apontados diferentes efeitos prejudiciais da competição que se estabelece entre o trabalho e as atividades escolares, o lazer, a convivência familiar e as relações com pares, implicando muitas vezes em sobrecarga física e altos níveis de estresse. O elevado número de tarefas laborais, familiares e escolares, muitas vezes em detrimento de um espaço de lazer e desenvolvimento, pode expor os jovens a uma carga que excede suas capacidades (AMAZARRAY et al., 2009).

A partir da experiência de condução de grupos focais com adolescentes em processo de inserção laboral, Amazarray et al. (2009) argumentam, portanto, que a categoria “trabalho”, central na constituição de subjetividade humana, é indispensável para a compreensão de casos de adoecimento mental e para a consolidação dos serviços de saúde, sendo necessário o desenvolvimento de estudos que a contemplem como um aspecto importante na superação da dicotomia entre singular e coletivo na saúde dos adolescentes. Os autores também concluem que os compromissos ideológicos, pessoais e laborais podem refletir em como o jovem delinea sua identidade, analisa o contexto sociocultural em que está inserido, e elabora estratégias de enfrentamento diante de diferentes adversidades.

Desta forma, para a salvaguardar a integridade dos jovens, faz-se necessário que estejam cientes de seus direitos. E essas informações podem ser transmitidas por meio de

metodologias participativas, pelas quais os processos educativos corroboram para a formação de consciência crítica.

### 3.3 Trabalho em saúde

Gomes (2017) afirma que o capital se apresenta no trabalho em saúde por meio do complexo financeiro e industrial da saúde (equipamentos, insumos, seguradoras, dentre outras) e do assalariamento e gestão privados dos recursos humanos. Os serviços públicos, apesar de não gerarem extração direta de mais-valia, são subjugados à acumulação capitalista e incorporam uma racionalidade mercantil, com ajuda da privatização de gestão - ou de gestões “privatistas”-, e em razão da canalização de mais de 50% do orçamento do SUS para hospitais e clínicas privadas.

Em 2019, as parcerias público-privadas, que em tese assumem caráter complementar, encontravam-se responsáveis por 73% dos 3.013 serviços de saúde em todos os 5.570 municípios brasileiros. Dentre estes serviços, a maioria encontrava-se sob gestão das Organizações Sociais e empresas privadas (IBGE, 2019).

Com Conselhos Municipais amplamente cooptados e emparelhados, tornou-se inviável a efetiva fiscalização de contratos públicos-privados (NOGUEIRA; PONTES, 2017). A defesa da gestão e do financiamento adequado, de um modelo assistencial que garanta o acesso universal permanece a cargo de um “voluntarismo” que expõe e martiriza aqueles que se dedicam a dar voz às demandas populares nos Conselhos.

O estabelecimento de metas e pactuações voltadas para a produtividade, a lógica de arranjos flexíveis - “multitarefa” -, desencadeiam repercussões importantes no desgaste do trabalhador da saúde. Os arranjos flexíveis para cobrir lacunas internas e externas aos serviços, apoiados em discursos moralizantes do trabalho em saúde, incentivam os trabalhadores a trabalhar sob condições degradantes em nome da garantia de um direito social, e sob a ameaça de ser judicialmente responsabilizado pelas consequências finais do processo de desmonte (NOGUEIRA; PONTES, 2017).

Entre os diferentes níveis de serviços, sendo estes de portas abertas ou não, cotidianamente se “recepiona” os efeitos das contradições sociais. Em outros termos, a sociedade e as instituições direcionam aos serviços os sujeitos que as relações capitalistas despedaçam (ALBRECHT, 2017).

Fundamentalmente, o objeto do trabalho do profissional da saúde é a produção da saúde, e será determinado por relações de produção, no sentido técnico e ideológico. Desta

forma, o trabalho em saúde necessariamente implica na obtenção de maneiras para que o trabalhador siga ou torne-se apto para produzir, e, quando não se contesta a raiz das formas de sofrimento, implicará na reprodução de força de trabalho estritamente para a sobrevivência funcional.

No debate sobre humanização do trabalho e saúde, frequentemente o foco recai sobre a dimensão comunicacional da relação entre trabalhador e usuário, apartado de um debate sobre alienação e sobre humanização enquanto garantia do acesso dos segmentos da classe ao conhecimento que esta produziu até então (IASI, 2006).

A chamada Estratégia Democrática Popular, parte do ciclo da conciliação de classes, fundamenta-se no enfoque de uma humanização que se inicia e encerra no interior das relações capitalistas, sem desafiar os processos que levam à alienação do trabalho, e reforçando a tese de que a intervenção técnica e individual, por si só, seria capaz de transformar as relações sociais e os sujeitos.

Em certa medida, os processos humanizadores na sociedade envolvem socializar o acesso à saúde através da formulação de políticas públicas, por exemplo. No entanto, encampar um programa que de fato proponha promover a humanização exigirá que se ultrapasse a formulação de políticas e a ocupação de postos na gestão. Estas deverão também servir como instrumento para problematizar com as pessoas as relações capitalistas sobre as quais vivemos. Mas a luta pela implementação e fortalecimento de políticas em saúde deverá contribuir para a unificação das diferentes frações da classe trabalhadora (ALBRECHT, 2017). Isto significa retomar e reelaborar a aproximação com movimentos comunitários, sindicais, e estudantis; analisar processos históricos com base na realidade e propor a concepção da saúde dentro de um modelo da sociedade livre de exploração e dominação. O recorrente estreitamento de laços entre movimentos sociais à lógica democrática popular não significa que deve-se “evitá-los”, mas repensá-los conjuntamente e, quando possível, disputá-los.

No âmbito do trabalho em saúde com jovens nos bairros em que residem, Nogueira e Pontes (2017), e Dimenstein et al. (2017) propõem o enfoque no fortalecimento da coesão entre esses jovens e suas comunidades e em sua capacidade de representar todas as diferentes formas de existência no território. Os autores afirmam que trata-se de um trabalho de base, no qual busca-se favorecer o desenvolvimento da consciência de classe, da organização entre sujeitos. Este trabalho de base deve ser precedido pelo mapeamento do território e dos recursos públicos e comunitários disponíveis. A maioria dos usuários atendidos são moradores de bairros periféricos, estudam em escolas do Município e do

Estado e trabalham em redes de telemarketing e supermercados. Este cenário implica em queixas e formas de adoecimento similares, portanto no caráter coletivo das condições de adoecimento que se vivencia individualmente

Ao investigar processos educativos no contexto sócio-político-cultural da América Latina, sustenta-se a concepção da prática social como um conjunto de relações estabelecidas em um contexto histórico social e que apresentam intencionalidade (DUSSEL, 2007). Podemos entender que a educação que intenciona o desenvolvimento de autonomia é um processo de produção material da existência - ou práxis -, pois as ações envolvidas subsidiam reflexões, que por sua vez subsidiam a ação subsequente com fins de superar as condições objetivas da situação histórica em que se vive (DUSSEL, 2007). Nesse sentido, compreende-se que na convivência com outras pessoas, com o mundo e sua concretude, formamo-nos enquanto indivíduos e coletividade, vivenciando processos educativos continuamente.

A práxis libertadora, segundo Dussel (2007), deve incluir dois momentos: o de luta “negativa”, desconstrutiva contra o dado, e o de um momento “positivo” de saída, de construção do novo. O autor defende que a realização destes dois momentos requer organização, ou seja, criar funções diferenciadas, em que cada membro aprende a cumprir responsabilidades diferentes, mas dentro de uma unidade de consenso. Segundo Teixeira (2012), a partir de levantamento bibliográfico de produções nacionais entre 2005 e 2009 que avaliaram a implementação de práticas de educação em saúde entre mulheres camponesas, destacam que os grupos participantes aprenderam a unir-se e a dividir as tarefas e funções. E, em decorrência desse aprendizado, identificaram meios para construir poder político e ampliar seu acesso a bens e direitos sociais.

A inserção *como* trabalhador da saúde no território deve envolver conhecer as formas organizativas existentes (associação de moradores, sindicatos, movimento estudantil, movimentos artísticos e culturais), e atuar em conjunto por um objetivo maior. Donnangelo (1976), Botelho e Barboza (2020), em momentos distintos da história averiguaram a importância de se entender a saúde enquanto um setor produtivo, e que o setor público também contribui na reprodução da dinâmica capitalista, seja através da normatização de consumo de produtos do complexo médico industrial, seja na questão de contenção social e aumento da extração de mais valia.

Por fim, ressalta-se a importância de se manter a integração entre ação e reflexão. Propor uma formulação estratégica revolucionária quer dizer que as pautas concretas do dia a dia devem coexistir com a manutenção de um processo mais amplo. Em “Que fazer?”,



Lênin salienta que todas as demandas econômicas geradas perpassam a compreensão das necessidades políticas imediatas. Entende-se que o desenvolvimento de consciência é um processo gradual mas não progressivo. Parte-se do interesse individual, e busca-se atingir o interesse coletivo do grupo, e adiante o entendimento coletivo enquanto classe. Este processo, apesar de não ser contínuo, gera novos recursos e acúmulos que podem vir a facilitar a organização. No processo de trabalho com os grupos, o técnico não se trata de agente principal e direto das transformações, mas um trabalhador, que se liga com outros coletivos na tentativa de lhes apoiar no manejo de processos que interferem na autonomia, na autoestima e na interpretação da realidade. Seja na atenção especializada, seja em outro nível, o técnico deve visar a construção de espaços coletivos de reflexão crítica e ação política.

A organização do serviço proposta, e os serviços a partir da qual se desenvolve, ao assumir um caráter educativo, devem proporcionar condições para a aquisição de conhecimento sobre as contingências sob as quais os indivíduos se comportam e a aquisição de uma variedade de estratégias de enfrentamento, tanto no âmbito paliativo, de curto e médio prazo como no âmbito de organização e transformação do ambiente, de longo prazo.

#### 4. SOBRE O PROJETO TÉCNICO DO CAPSi

Ao longo das reuniões introdutórias, buscou-se resgatar o histórico de implementação de políticas públicas concernentes, e ressaltar o caráter não-linear ou essencialmente progressivo da sucessão de acúmulos e eventos registrados no campo a saúde mental. É essencial frisar entre os trabalhadores da Saúde que a Reforma Psiquiátrica não se encontra consolidada, e que sua manutenção requer, necessariamente, uma série de posicionamentos a serem formulados conjuntamente.

As reuniões para discussão de propostas para o novo Projeto Técnico da Unidade ganharam significado à medida em que se identificou a necessidade de se delimitar e compartilhar coletivamente fundamentos, objetivos, atribuições e contradições - em nível de Rede, Unidade, Equipe Técnica, e Profissional de cada categoria. Os resultados destes diálogos encontram-se expostos no Apêndice A1.

É importante ressaltar que a consolidação de um plano de ação depende de uma contínua apreensão sobre as demandas e características da população atendida, bem como o lançamento de estratégias para discutir e atualizar o plano junto à comunidade. O Projeto Técnico trata-se, fundamentalmente, de um ponto de partida para discussões entre Técnicos

da Unidade, com Técnicos das diferentes Redes as quais o CAPSij integra, e com a população de Bauru.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da presente pesquisa, pôde-se demonstrar, com fundamento nos trabalhos que refletem sobre o trabalho em saúde mental, que não é tarefa simples construir o SUS quando se busca radicalizar seus princípios. Pode-se dizer que os técnicos, na medida em que carregam como especificidade de seu campo uma leitura sobre a determinação do sofrimento, têm como tarefa histórica construir a crítica ao discurso que reduz experiências humanas à psicopatologia. Espera-se que o presente trabalho possa servir como subsídio para a organização do trabalho em saúde mental e em saúde mental infante juvenil.

Nem sempre as resoluções buscadas na saúde mental corresponderão à realidade concreta dos usuários. Os serviços de saúde mental, dentro da perspectiva que hoje rege suas respectivas políticas, devem assumir uma função que extrapola o fazer técnico, e contribuir para a criação e manutenção de uma rede de cuidados que respeite as singularidades e o desenvolvimento de cada sujeito. Paralelamente, deve-se continuamente buscar reconhecer os limites dos espaços institucionais, e não perder de vista a centralidade da construção de poder popular, conforme evidencia o extenso histórico de lutas e movimentos populares no território nacional e suas contribuições para o desenvolvimento de um projeto político pela transformação da realidade brasileira.

## REFERÊNCIAS

ALBRECHT, D.M.C. Consciência antimanicomial em tempos democrático-populares: caminhos de um movimento. In: Rachel Gouveia Passos; Rosane de Albuquerque Costa; Fernanda Gonçalves da Silva.. (Org.). Saúde Mental e os Desafios Atuais da Atenção Psicossocial.. 1aed.Rio de Janeiro: Gramma, v. , p. 283-312, 2017.

AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P. D. C.; TORRE, E.H.G.; A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde debate*. v.25, n.58, p. 26-34, 2001.

AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G.. “De volta à cidade, sr. cidadão!” - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. *Rev. Adm. Púb.* v. 52, n. 6, p. 1090–1107, 2018.

AMAZARRAY, M. R. et al. Aprendiz versus Trabalhador: Adolescentes em Processo de Aprendizagem. *Psic.: Teor. e Pesq.* v. 25 n. 3, p. 329-338, 2009.

ARAÚJO, L. A. Guerra ao autismo: da violência simbólica à urgência legal. *Peri.* v. 14 n. 2, 2022.

ARAÚJO, J. A. P. et al. Use of routine health records to study mental health care of Brazilian children. *J. bras. psiquiatr.*, v. 71, n. 3, p. 204–209, 2022.

BARCELLOS, C. Os indicadores de pobreza e a pobreza dos indicadores: uma abordagem geográfica das desigualdades sociais em saúde. In C. Barcellos (Org.), *A geografia e o contexto dos problemas de saúde* (pp. 107-139). Rio de Janeiro, RJ: Abrasco, 2009.

BARROS, S. et al. Atenção à Saúde Mental de crianças e adolescentes negros e o racismo. *Interface - Comunic. Saúde Educ.*, v. 26, p. e210525, 2022.

BOARINI, M. L.; BORGES, R. F. O Psicólogo na atenção básica à saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 29, n. 3, p. 602–613, 2009.

BONTEMPO, V. L. Extrapolando os muros do Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil/CAPSi. *CliniCAPS*, 3(9), 1-8, 2009.

BOURDIEU, P. *Questões de sociologia* Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.

BOTELHO, J.; BARBOZA, D. *Lutas Sociais e Ofensivas do Capital no Brasil contemporâneo: desafios e estratégias de organização da classe trabalhadora*. 1. ed. Uberlândia: Navegando, v. 1. 300p, 2020.

BRASIL. Câmara dos Deputados. *Projeto de Lei Complementar n.º 92 (PL)*. Dispõe sobre a criação das Fundações Estatais. DF: Imprensa Nacional, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial*. DF: Imprensa Nacional, 2010a.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n.º 333, de 4 de novembro de 2003*. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de Saúde, além da definição dos mesmos. DF: Imprensa Nacional, 2003.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012*. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS n. 196/96, 303/2000 e 404/2008. DF: Diário Oficial da União, 2012.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 2016.

BRASIL. *Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990*. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. DF: Diário Oficial da União, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Atenção psicossocial a crianças e adolescente no SUS: tecendo redes para garantir direitos*. Brasília: MS, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caminhos para uma política de saúde mental infante-juvenil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia de Vigilância em Saúde*. 5ª edição revisada e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2022a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Instrutivo Técnico da Rede de Atenção Psicossocial – Raps – no Sistema Único de Saúde – SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. DF: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 06 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. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 06 abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e Suas Famílias em Situação de Violência*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica Nº11/2019. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: Clínica ampliada e compartilhada – 1. ed. 1*. DF: Ministério da Saúde, 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3, de 28 de setembro de 2017*. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. DF: Diário Oficial da União, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992*. Normatiza o atendimento em saúde mental na rede SUS. DF: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Estabelece 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. DF: Diário Oficial da União, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006*. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. DF: Diário Oficial da União, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 584, de 29 de maio de 2013*. Habilita Centros Especializados em Reabilitação (CER). DF: Diário Oficial da União, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012*. Altera, na Tabela de Procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do SUS os atributos dos procedimentos especificados. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.608, de 03 de agosto de 2004*. Constitui Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. DF: Diário Oficial da União, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.172, de 15 de junho de 2004*. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. DF: Diário Oficial da União, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.203, de 05 de novembro de 1996*. Aprova a Norma Operacional Básica 1/96. DF: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial no âmbito do Sistema Único de Saúde. DF: Diário Oficial da União, 2011.

BRASIL. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) – CGIAE – DASNT– SVS/MS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão. *Gestão pública para um Brasil de Todos: um plano de gestão para o Governo Lula*. Brasília: SEGES, 2003.

BREILH, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública, Medellín*, v. 31, supl 1, p. 13-27, 2013.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Soc. Cult.*, v. 3, n. 1/2, p. 51-74, 2000.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

- CARNUT, L.; FERRAZ, C. B. Necessidades em(de) saúde: conceitos, implicações e desafios para o Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*, v. 45, n. 129, p. 451–466, 2021.
- CARRANO, P. Educação de Jovens e Adultos e Juventude: o desafio de compreender os sentidos da presença dos jovens na escola da "segunda chance". [S.L.] *Rev. Educ. Jovens Adultos*, 2007.
- COIMBRA, C. M. B.; AYRES, L. S. M. Da moralidade e situação irregular à violência doméstica: discursos da (in)competência. In: COIMBRA, C.M.B; AYRES, L.S.M; NASCIMENTO, M.L. (Orgs). *Pivetes: encontros entre a Psicologia e o Judiciário*. Curitiba: Juruá, 2009.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Código de Ética Profissional do Psicólogo*. Brasília: CFP, 2005.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)*. Brasília: CFP, 2022.
- COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G.. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psicol. clín.*, v. 27, n. 1, p. 17–40, 2015.
- COSTA, M.I.S.; IANNI, A.M.Z. *Individualização, cidadania e inclusão na sociedade contemporânea: uma análise teórica*. São Bernardo do Campo: UFABC, 2018.
- CUNHA, M. C. P. *O espelho do mundo - Juquery, a história de um asilo*. São Paulo, Paz e Terra, 1986.
- CUNHA, C.C.; BOARINI, L. M. O Lugar da Criança e do Adolescente na Reforma Psiquiátrica. *Psicol. Saúde*. v. 3(1), 2011.
- CRUZ, M. G. A.; OKAMOTO, M. Y.; FERRAZZA, D. A. O caso Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e a medicalização da educação: uma análise a partir do relato de pais e professores. *Interface comun. saúde educ.*, 20(58), 703-714, 2016.
- CRUZ, N.; DELGADO, P.; GONÇALVES, R. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trab. Educ. Saúde [online]*, v. 18, n. 3, p.1-20, 2020.
- DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. *Rev. bras saúde ocup.*, 54 (4), 7-11, 1986.

DIEESE; CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Relatório final*: Levantamento de informações sobre a inserção dos psicólogos no mercado de trabalho brasileiro. São Paulo: DIEESE, 2016.

DIMENSTEIN, M.; MACEDO, J. P. O trabalho dos psicólogos nas políticas sociais no Brasil. *Av. psicol. latinoam.*, v. 30, n. 1, p. 182-192, 2012.

DIMENSTEIN, M. et al. Determinação social da saúde mental: contribuições à psicologia no cuidado territorial. *Arq. bras. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 69, n. 2, p. 72-87, 2017.

DONNANGELO, M.C. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades; 1976.

DUSSEL, E. *20 Teses de política*. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. São Paulo: Expressão popular, 2007.

FARIA, N. Gênero e Políticas Públicas: uma breve abordagem das relações de gênero (p. 31-38). In: NOBRE, M.; FARIA, N.; SILVEIRA, M. L. *Feminismo e Luta das Mulheres: análise e debates*. São Paulo: Sempreviva Organização Feminista, 2005.

FARIAS, C. A. et al. Sobrecarga em cuidadores de usuários de um centro de atenção psicossocial infanto-juvenil no sul do Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.*, v. 19, n. 12, p. 4819-4827, 2014.

FERRAZZA, D. DE A. et al. A banalização da prescrição de psicofármacos em um ambulatório de saúde mental. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, v. 20, n. 47, p. 381-390, set. 2010.

FERREIRA NETO, J. L. A Atuação do Psicólogo no SUS: Análise de Alguns Impasses *Psicol. ciênc. prof.* 30 (2), 386-399, 2010.

FRAZATTO, C. F. ; SAWAIA, B. B. . A critical view of the 'social reinsertion concept and its implications for the practice of psychologists in the area of mental health in the Brazilian Unified Health System. *J. health psychol.*, v. 21, p. 409-418, 2016.

GARCIA, G. Y. C.; SANTOS, D. N.; MACHADO, D. B. Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil no Brasil: distribuição geográfica e perfil dos usuários. *Cad. Saúde Públ.*, v. 31, n. 12, p. 2649-2654, 2015.

GIRIANELLI, V. R. et al. Early diagnosis of autism and other developmental disorders, Brazil, 2013-2019. *Rev. Saúde Públ.* [online]. v. 57, 2023.



GOMES, C. A.V.; PEDRERO, J. N. Queixa Escolar: Encaminhamentos e Atuação Profissional em um Município do Interior Paulista. *Psicol. ciênc. prof.*, 35(4), 1239-1256, 2015.

GOMES, R. M. *Humanização e desumanização no trabalho em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

GONÇALVES, L. G.; CALIMAN, L. V.; CÉSAR, J. M.. Participação Infantil no Cuidado em Saúde Mental: Um Grupo GAM no CAPSi. *Psicol. ciênc. prof.*, v. 41, 2021.

GUEDES, C. A. et al. Transferência de cuidados: processo de alta dos usuários de um centro de atenção psicossocial. *Rev. Eletr. Enferm.* 19:a42, 2017.

GUERIN, B. Deconstructing psychological therapies as activities in context: What are the goals and what do therapists actually do?. *Perspectivas*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 097-119, 2017.

GUIMARÃES, J. R.; SANTOS, R. T. Em busca do tempo perdido: anotações sobre os determinantes políticos da crise do SUS. *Saúde debate* [online]. v. 43, n. spe., pp. 219-233, 2020.

HARVEY, D. *Para entender O capital* (livro I). São Paulo: Boitempo, 2013.

IASI, M. L. *As metamorfoses da consciência de classe: o PT entre a negação e o consentimento*. São Paulo, Expressão Popular, 2006.

STAVIZKI JUNIOR, C. S. *Repertórios de ação coletiva e políticas públicas: Uma análise a partir da construção da Política de Prevenção ao Suicídio no município de Santa Cruz do Sul (RS)*. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional), Universidade de Santa Cruz do Sul. Santa Cruz do Sul, 2021.

KEPPLER, I. L. S.; YAMAMOTO, O. H. Perfil e atuação de psicólogos nos centros de referência em saúde do trabalhador. *Psicol. Soc.* v. 32, 2020.

KONDER, L. *A derrota da dialética*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

LANE, S. T. M. Avanços da psicologia social na América Latina. In: LANE, S. T. M.; SAWAIA, B. B. *Novas Veredas da Psicologia Social*. São Paulo: Brasiliense, 1995.

LARROSA-BONDÍA, J. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Rev. bras. educ.*, n. 19, p. 20-28, 2002.

LAURELL, A.C., NORIEGA, M. 1989 Processo de produção e saúde; trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec.

LEITÃO, I. B. et al. Dez anos de um CAPSi: comparação da caracterização de usuários atendidos. *Psic. USP*, v. 31, p. e190011, 2020.

LÊNIN, V. I. *Que fazer?: A organização como sujeito político*. São Paulo: Martins, 2006, p. 135.

LOBOSQUE, A. M. *Experiências da loucura*. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

LUZIO, C. A. Atenção Psicossocial: reflexões sobre a Reforma Psiquiátrica e o cuidado em saúde mental no Brasil. In BOARINI, M. L. (Org). *Desafios na atenção à saúde mental*. Maringá: Eduem, 2011.

LUZ, M. T. *Ordem social, instituições e políticas de saúde no Brasil: textos reunidos*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007.

MACEDO, J. P.; ABREU, M. M.; FONTONELE, M. G.; DIMENSTEIN, M. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Saúde Soc.* v. 26, n. 1, p. 155-170, 2017.

MANDAJ, V. *Caracterização da rede de atenção psicossocial das crianças com transtorno do espectro autista do município de Taboão da Serra*. Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação). Universidade de São Paulo. São Paulo, 2021.

MARQUES, M. G. Elementos da Estratégia Democrático-Popular em Prado Jr, Fernandes e Chasin, e de sua Crítica em Marine. In: IASI, M. L.. FIGUEIREDO, I. M.; NEVES, V. (Orgs.) *A estratégia democrático-popular: um inventário crítico*. Marília: Lutas Anticapital, 2019.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. *A proteção social no capitalismo contemporâneo em crise*. *Argumentum*. v. 5, n. 1, p. 135-163, 2013.

MARTÍN-BARÓ, I. O papel do psicólogo. *Estud. Psicol.*, v. 2(1), p. 7-27, 1996.

MARTINS, H. H. T. S. A juventude no contexto da reestruturação produtiva. In: ABRAMO, H. W.; FREITAS, M. V.; SPOSITO, M. P. (org.). *Juventude em debate*. São Paulo: Cortez, 2000.

MARTINS, S. T. F. Psicologia social e processo grupal: a coerência entre fazer, pensar sentir em Sívila Lane. *Psicol. Soc.*, v. 19, n. spe2, p. 76-80, 2007.

MELO, M. B. DE.; BRANT, L. C. Ato médico: perda da autoridade, poder e resistência. *Psicol. Ciênc. Prof.*, v. 25, n. 1, p. 14–29, 2005.

MENDES, A.; CARNUT, L. A crise do capital e a demolição da saúde pública: o neofascismo do governo Bolsonaro. *Núcleo Qualid. Vida Saúde Serv. Soc. PUC-SP*, p. 11-23, 2021.

MENDES, A. O fundo público e os impasses do financiamento da saúde universal brasileira. *Saúde Soc.* v. 23, n. 4, p. 1183–1197, 2014.

MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENDES-GONÇALVES, R. B. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, (Cadernos CEFOR, 1), 1992.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto enferm.*, v. 17, n. 4, p. 758–764, 2008.

MESSIAS, M. P. et al. Clinico-epidemiological profile of patients at children's psychosocial care centers in São Bernardo do Campo: a cross-sectional study. *São Paulo med. j.*, v. 140, n. 6, p. 781–786, 2022.

MIGUEL, S. R. P. D. S. Determinantes sociais da mortalidade por suicídio no município de Porto Alegre de 2001 a 2016. 2017.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2013.

MONTERO, M. *Introducción a la psicología comunitaria: desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Paidós, 2004.

MONTREOZOL, J. R. ; KAHHALE, E. M. S. P. A Clínica na Psicologia Socio-Histórica: uma abordagem dialética. In: TOASSA, G.; MACHIAVELLI, T. C. S.; RODRIGUES, D. J. S. (Orgs.) *Psicologia Sócio-Histórica e Desigualdade Social: do pensamento à práxis*. Goiânia: Editora Imprensa Universitária, 2019.

MUYLAERT, C. J. et al. Narrativas sobre as trajetórias de profissionais de serviços de saúde mental infantojuvenil. *Trab. Educ. Saúde*, v. 13, p. 45–59, 2015.

NETTO, J.P. *Introdução ao estudo do método de Marx*. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

NOGUEIRA, R.P.. *Determinação social da saúde e reforma sanitária*. Rio de Janeiro: CEBES; 2010.

NOGUEIRA, M. L. ; PONTES, A. N . Trabalho, Saúde e o Processo de trabalho em saúde: considerações sobre o Agente Comunitário de Saúde. In: Nina Soalheiro. (Org.). *Saúde Mental para a Atenção Básica*. 1ed.Rio de Janeiro: Rio de Janeiro, v. , p. 83-106, 2017.

NORONHA, J. C.; SOARES, L. T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciênc. Saúde Colet.*, 6(2), 445-450, 2001.

OLIVEIRA, P. S. et al. Apoio matricial em saúde mental infantojuvenil na Atenção Primária à Saúde: pesquisa intervenção socioclínica institucional . *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 55, p. e03731, 2021.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciênc. Saúde Colet.*, v. 12, p. 1819–1829, 2007.

PAIVA, I. L.; YAMAMOTO, O. H. Formação e prática comunitária do psicólogo no âmbito do "terceiro setor". *Estud. psicol.* v. 15, n. 2, p. 153-160, 2010.

PATTO, M. H. S. *A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia*. São Paulo: Instituto de Psicologia, 2022.

PEREIRA, M. DE O.; SÁ, M. DE C.; MIRANDA, L. Uma onda que vem e dá um caixote: representações e destinos da crise em adolescentes usuários de um CAPSi. *Ciênc. Saúde Colet.*, v. 22, n. 11, p. 3733–3742, 2017.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU. *Protocolo de atendimento à vítima de violência sexual*. Bauru: Diário Oficial de Bauru, 2022.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU; APAE; SORRI. *Protocolo de encaminhamentos: Rede CER Bauru*. Bauru: Diário Oficial de Bauru, 2023a.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU. *Protocolo e fluxos de encaminhamento à equipe multiprofissional especializada em saúde mental*. Bauru: Diário Oficial de Bauru, 2023b.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU. *Plano Municipal de Saúde de Bauru 2022-2025*. Bauru: Diário Oficial de Bauru, 2021.

PÍCARO, I. M. *História da Saúde Mental*. Bauru: PMB, 2007.

PICHON-RIVIÈRE, E. *O processo grupal*. Trad. VELLOSO, M. A. F.; GONÇALVES, M. S. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

PITTA, A. M. F. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996.

REIS, L. B.; PEREIRA, C. M. Percepções de Familiares sobre uma Rede de Cuidados de Saúde Mental Infantojuvenil. *Psicol. Ciênc. Prof.*, v. 43, p. e254081, 2023.

RIZZOTTO, M. L. F.; CAMPOS, G. W. S. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. *Saúde Soc.*, v. 25, n. 2, p. 263–276, 2016.

ROSSI, L. M.; CID, M. F. B.. Adolescências, saúde mental e crise: a história contada por familiares. *Cad. bras. ter. ocup.*, v. 27, n. 4, p. 734–742, 2019.

RIBEIRO, L. A.; MARIN, L. L.; SILVA, M. T. R. Atividades grupais em saúde mental. *Rev. Baiana Enferm. [Internet]*. v. 28(3):283-93, 2014.

RIBEIRO, P. R. M. História da saúde mental infantil: a criança brasileira da Colônia à República Velha. *Psicol. Estudo*, v. 11, n. 1, p. 29–38, 2006.

SAKAGUCHI, D. S.; MARCOLAN, J. F. A história desvelada no Juquery: assistência psiquiátrica intra-muros na ditadura cívico-militar. *Acta Paul. Enferm.*, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 476-481, 2016.

SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. *Trab. educ. saúde*. v. 19, p. e00313145, 2021.

SÁNCHEZ VIDAL, A. *Manual de Psicología Comunitária: Un enfoque integrado*. Madrid: Ediciones Pirámide, 2007.

SANTO, M. A. S.; BEDIN, L. M.; DELL'AGLIO, D. D. Self-injurious behavior and factors related to suicidal intent among adolescents: a documentary study. *Psico-USF*, v. 27, n. 2, p. 357–368, 2022.

SANTOS, N. R. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. *Rev. Ciênc. Saúde colet.*, v. 12(2), p. 429-435, 2007.

SANTOS, N. R. Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. *Rev. Ciênc. saúde colet.*, v. 13(S2), p. 2019-2028, 2008.

SAÚDE MENTAL, II Congresso Nacional de Trabalhadores em. Manifesto de Bauru (1987). *Insurgência: revista de direitos e movimentos sociais*, v. 3, n. 2, p. 537–541, 2018.

SAWAIA, B. B. Trabalho e Sofrimento ético-político. In: RAICHELIS, R.; VICENTE, D.; ALBUQUERQUE, V. (Orgs.) *A nova morfologia do trabalho*. São Paulo: Cortez Edit., 2017.

SAWAIA, B. B. Transformação social: um objeto pertinente à Psicologia Social? *Psicol. Soc.*, v. 26, p. 4-17, 2014.

SCARCELLI, I. R.; ALENCAR, S. L. S. Saúde Mental e Saúde Coletiva: intersectorialidade e participação em debate. *Cad. Bras. Saúde Ment.*, v. 1, p. 1-9, 2008.

SCARCELLI, I. R. ; JUNQUEIRA, V. O SUS como desafio para a formação em Psicologia. *Psicol. ciênc. prof.*, v. 31, p. 340-357, 2011.

SECCHI, L. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. *Rev. Adm. Púb.*, v. 43, no 2, p. 347 – 69, 2009.

SILVA, L. B.; BICUDO, V. Determinantes sociais e determinação social do processo saúde-doença: discutindo conceitos e perspectivas. In: SANTOS, T. V. C.; SILVA, L. B.; MACHADO, T.O. (Orgs.). Trabalho e saúde: diálogos críticos sobre crises. Rio de Janeiro: Mórula. p. 115-131, 2022.

SILVA, C. D.; JURDI, A. P. S. Saúde mental infantojuvenil e a escola: diálogos entre profissionais da educação e da saúde. *Saúde debate*, v. 46, n. spe, p. 97-108, 2022.

SILVA, M. S. et al. Care for children and adolescents victims of violence: feelings of professionals from a psychosocial care center. *Esc. Anna Nery*, v. 23, n. 2, 2019.

SILVA, V. M.; LIMA, S. M. L.; TEIXEIRA, M.. Organizações Sociais e Fundações Estatais de Direito Privado no Sistema Único de Saúde: relação entre o público e o privado e mecanismos de controle social. *Saúde debate*, v. 39, n. spe, p. 145–159, 2015.

SIM, J. et al. Can sample size in qualitative research be determined a priori? *Int. J. Soc. Research Method.*, 21(5), 619–634, 2018.

TAVARES, J. S. C.; KURATANI, S. M. A. Manejo Clínico das Repercussões do Racismo entre Mulheres que se “Tornaram Negras”. *Psicol. cienc. prof.*, v. 39, 2019.

TAMBELLINI-AROUCA. Análise dos determinantes das condições de saúde da população brasileira. In: GUIMARÃES, R. *Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate*. Rio de Janeiro: Graal. p. 147-54, 1984.

TEODORO, R. No SUS, uma síntese para as lutas democráticas. Outras Palavras, São Paulo, 11 de fevereiro de 2022.

TEODORO, R. Sistema Único de Saúde: a eficiência do interesse público. *CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA* , v. 39, p. 1-3, 2023.

TEIXEIRA, I. M. C. *Processos de educar-se de mulheres do assentamento Monte Alegre - SP nas ações de cuidado à saúde*. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, 2016.

TEIXEIRA, I. M. C. *Saberes e práticas populares de saúde: os processos educativos de mulheres camponesas*. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, 2012.

TOHME, L. O. O acolhimento da demanda em um CAPSi: estudo de caso sobre o trabalho da equipe. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas), Universidade Federal da Bahia. 2020.

VECHIATTO, L.; ALVES, A. M. P. A saúde mental infanto-juvenil e o Caps-I: uma revisão integrativa. *Rev. Emancipação*, v. 19 (1), p. 1-12, e8431, 2019.

VECHIATTO, L. *Uma investigação das ações e expectativas da escola a partir dos diagnósticos de TDAH e Dislexia: Contribuições da Psicologia Histórico-Cultural*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Estadual de Maringá. Maringá, 2019.

VIAPIANA, V. N.; GOMES, R. M.; ALBUQUERQUE, G. S. C. Adoecimento psíquico na sociedade contemporânea: notas conceituais da teoria da determinação social do processo saúde-doença. *Saúde debate*, v. 42, n. spe4, p. 175-186, 2018.

VIEIRA, L. *Mangueira divulga seu enredo para 2019*. Site Oficial da Estação Primeira de Mangueira. 2018. Disponível em: <<http://www.mangueira.com.br/noticia-detalhada/993>>. Acesso em: 06/10/2023.

WESTPHAL, M.F.; BOGUS, C.M.; FARIA, M.M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Bol. Of. Sanit. Panam.*, v.120, n.6, p.472-81, 1996.

YAMAMOTO, O. H.. Políticas sociais, "terceiro setor" e "compromisso social": perspectivas e limites do trabalho do psicólogo. *Psicol. soc.*, v. 19, n. 1, p. 30-37, 2007.

YAMAMOTO, O. H.; OLIVEIRA, I. F. DE .. Política Social e Psicologia: uma trajetória de 25 anos. *Psicol. teor. pesqui.*, v. 26, n. spe., p. 9-24, 2010.

ZANIANI, E.J.M.; LUZIO, C. A. A intersectorialidade nas publicações acerca do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. *Psicol. rev.*, v. 20, n. 1, p. 56-77, 2014.



ZUMSTEIN, N.; RIESE, F. Defining Severe and Persistent Mental Illness - A Pragmatic Utility Concept Analysis. *Front Psych.*, v. 11, p. 648, 2020.

## APÊNDICE

### A1 -

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE UNIDADES AMBULATORIAIS  
DIVISÃO DE SAÚDE MENTAL

Deborah Placeres de Araújo

PROJETO TÉCNICO - CAPSij II

**Colaboração:** Camila Fernanda Meirelles Ramos Cury

Bauru  
2024

## Sumário

<b>1 Princípios do SUS.....</b>	<b>83</b>
<b>2 Políticas de Saúde Mental.....</b>	<b>83</b>
<b>3 Estatuto da Criança e do Adolescente.....</b>	<b>89</b>
<b>4 Caracterização do Campo.....</b>	<b>90</b>
4.1 Políticas de Saúde e Saúde Mental no Município.....	90
4.2 Unidade.....	93
4.3 Fluxo e População atendida.....	95
<b>5 Modalidades de assistência.....</b>	<b>98</b>
5.1 Acolhimento.....	100
5.2 Orientação sobre o funcionamento do serviço.....	100
5.3 Avaliação e/ou Entrevista.....	101
5.4 Grupo de Estudos (‘Formações internas’).....	101
5.5 Capacitação (‘Formações externas’).....	102
5.6 Matriciamento.....	102
5.7 Conselho Gestor.....	103
5.8 Encaminhamentos.....	103
5.9 Preceptorial de Estágios.....	104
5.10 Documentos.....	104
<b>6 Projeto Terapêutico Singular.....</b>	<b>105</b>
6.1 Construção de PTS.....	106
6.2 Grupo Operativo.....	107
6.3 Atividade Sociocomunitária.....	107
6.4 Oficinas.....	108
6.5 Avaliação e Consulta Médica.....	108
6.6 Atendimento Domiciliar.....	109
6.7 Conclusão de PTS.....	109
6.8 Interrupção de PTS.....	109
6.9 Contato telefônico.....	110
6.10 Internação.....	110
<b>7 Equipe Técnica.....</b>	<b>111</b>
7.1 Reunião de Equipe.....	111
7.2 Atribuições.....	111
<b>8 Redes.....</b>	<b>125</b>
<b>Referências.....</b>	<b>126</b>

## **Apresentação**

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) se configura como um serviço substitutivo ao hospitalar, visando ações no território no qual o indivíduo está inserido, por meio de ações conjuntas com a Atenção Primária em Saúde - APS. Por se tratar de um serviço especializado, atua como referência para o sofrimento mental grave e persistente, que requer ações além das que podem ser oferecidas na APS. Uma vez implementada a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, os CAPS obtiveram o papel estratégico na articulação da Rede de Atenção à Saúde - RAS pela ordenação do cuidado em saúde mental, devendo atuar em conjunto com a Estratégia de Saúde da Família - ESF e Agentes Comunitários de Saúde, e pela ativação de recursos existentes na Rede e nos territórios (BRASIL, 2010a).

A partir das reuniões de equipe realizadas entre janeiro e setembro de 2023, constatou-se a necessidade de elaborar um projeto técnico que: (1) demarque a posição e as ações que norteiam a equipe do CAPS ij II na RAPS em Bauru; (2) delimite e operacionalize as atividades realizadas pelos trabalhadores; e (3) subsidie ações de articulação intra e intersetoriais. A construção deste projeto se deu por meio das discussões realizadas em reuniões de equipe extraordinárias ocorridas entre dezembro e janeiro de 2023 (Apêndice A2).

## **Introdução**

A implantação da assistência à saúde mental infanto-juvenil foi marcada pelo conjunto de debates que se iniciaram no final da década de 1970 e acompanharam a redemocratização do país. Em decorrência das mobilizações sociais da época, obteve-se a promulgação da Constituição Federal em 1988, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990. Em 2001, foi determinada na III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) a urgência de ações político-assistenciais no cuidado e tratamento de crianças e adolescentes, tendo no mesmo ano sido instituída a Lei n. 10.216, que aborda a proteção e os direitos das pessoas "portadoras de transtorno mental" (BRASIL, 2005a). Em 2002, foi atualizada a Portaria nº 224, que cria os CAPS, fundando na esfera pública a referência para as políticas de Saúde Mental.

## **1 Princípios do SUS**

São princípios doutrinários do SUS: a) Universalidade: todas as pessoas têm o direito de acesso ao sistema de saúde; b) Equidade: diminuir as desigualdades, investindo mais onde a carência é maior ; c) Integralidade: as ações de saúde devem ser voltadas ao mesmo tempo para a proteção, a promoção e a recuperação, e o indivíduo deve ser concebido como ser humano integral em suas necessidades.

São princípios organizativos fundamentais do SUS: a) Descentralização por meio da municipalização; b) Regionalização pela hierarquização da atenção; c) Controle social do sistema via participação popular, exercido por conselhos de caráter deliberativo, a serem criados em todos os níveis de gestão.

A intersectorialidade e a interdisciplinaridade são também importantes componentes reivindicados para a construção de um SUS conforme seus princípios e frente às fragmentações do conhecimento humano (SCARCELLI; ALENCAR, 2008). Para Mendes (1996), a interdisciplinaridade, na construção do saber, guarda similaridade à intersectorialidade no campo do fazer, e implica em conceber saúde com o território e para além da assistência médica, o que envolve dimensões como trabalho, habitação, lazer, educação, cultura e alimentação.

## **2 Políticas de Saúde Mental**

A Reforma Psiquiátrica, movimento mundial de lutas por transformações nas práticas de atenção ao sofrimento psíquico, desdobrou-se em experiências exitosas de desospitalização e desinstitucionalização, de criação de novas formas de sociabilidade e de participação para além do campo sanitário. A partir de um modelo substitutivo com forte inserção territorial, preconizou-se o aumento do poder contratual dos usuários sobre a relação que estabelece com os profissionais e serviços, a saída da condição de usuário-objeto e seu fortalecimento enquanto sujeito político (AMARANTE; TORRE, 2018).

Carnut e Ferraz (2021) frisam a importância de ampliar a compreensão acerca do processo de desinstitucionalização, que considere a participação de múltiplas áreas do conhecimento (medicina, psicologia, serviço social, enfermagem, terapia ocupacional, arte, cultura, educação, justiça, assistência social, dentre outros). Esta concepção de atenção integral mostra-se para compreender as contradições, pois, para essa perspectiva da multidisciplinaridade, da territorialização e da possibilidade de circular em liberdade,

deve-se compreender sua relação direta com investimento, política de Estado e gestão da vida urbana.

A Política Nacional de Saúde Mental, propõe a mudança do modelo de Atenção à Saúde Mental por meio da ampliação e qualificação de um cuidado de base territorial (BRASIL, 2010b). Para tal, o apoio matricial e o trabalho articulado dos profissionais da Saúde Mental dos CAPS e/ou Equipes Multidisciplinares - EMultis com a equipe da ESF revela-se fundamental para a ampliação da capacidade resolutiva das equipes e a superação da lógica de encaminhamentos indiscriminados (OLIVEIRA, 2021). Em linhas gerais, o matriciamento traduz-se no arranjo técnico-assistencial da equipe do CAPS e/ou Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF/EMulti às equipes da ESF por meio de formações conjuntas e ações junto às comunidades.

A consolidação do CAPS exige uma rede de cuidados densa, diversificada e efetiva, que objetive constituir a Atenção Básica como principal via de acesso à saúde. Diante dos desafios da garantia da integralidade do cuidado, surge a proposta de articulação em rede com a Portaria de Consolidação n.º 3, de 28 de setembro de 2017 (PRT de origem n.º 3.088/2011, alterada pela PRT n.º 3.508/2011), que constitui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como prioritária para definição das regiões de saúde nos estados e no Distrito Federal. A RAPS se define por um conjunto de ações e serviços, articulados em níveis de complexidade crescente, com vistas a garantir a integralidade da assistência à saúde no território pela qualificação do cuidado no acolhimento, no acompanhamento contínuo e na atenção às urgências.

A RAPS tem como objetivos gerais: a) ofertar informações sobre direitos, medidas de prevenção e cuidado; b) regular e organizar demandas e fluxos assistenciais; c) monitorar e avaliar a qualidade das atividades, por meio de indicadores de efetividade e resolubilidade da atenção (BRASIL, 2017).

São componentes da RAPS, em seus respectivos níveis:

- Atenção Básica: Unidade Básica de Saúde, Equipes de Atenção Básica para populações em Situações Específicas, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Centro de Convivência e Cultura;
- Atenção Especializada: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS AD III, CAPS ij;
- Atenção de Urgência e Emergência: Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Sala de Estabilização e Pronto-Socorro;

- Serviço de Atenção em Regime Residencial de Caráter Transitório: Unidade de Acolhimento Adulto e Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil.
- Atenção Hospitalar: Leitos de psiquiatria em Hospital Geral e Serviço Hospitalar de Referência;
- Estratégias de Desinstitucionalização: Serviço Residencial Terapêutico (SRTs) e Programa De Volta Para Casa;
- Estratégias de Reabilitação Psicossocial: Cooperativas.

A instituição da Rede de Atenção Psicossocial, por meio do Decreto 7.508/11, foi considerada um avanço para o campo, mas se faz necessário demarcar possibilidades e dilemas da ação dada como “psicossocial”.

Sabe-se que um serviço de saúde fundamentado na divisão da pessoa para o qual se destina e de suas necessidades contraria o princípio de integralidade da assistência. Um serviço integrado requer sua vinculação com as pessoas, que se organizariam como núcleo junto à comunidade.

A perspectiva dividida da atenção psicossocial, tal qual o modelo biomédico, não alcança a consecução da integralidade, pois não há de ser considerada a doença, mas a existência e o sofrimento, e isso requer que não haja centralidade do manejo clínico de nenhuma ordem (CFP, 2013, p. 12).

O lugar do profissional da Saúde Mental nesse sistema supõe um contato permanente e ativo com a população adscrita no território. Por meio do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006), reforçou-se a compreensão da atenção básica como centro ordenador do sistema local de saúde. É com base em tais considerações que a proposta da RAPS tem no trabalho de matriciamento e de educação permanente seus principais dispositivos de gestão. A adoção do modelo do matriciamento e da educação popular para a promoção e prevenção em saúde contribuem para que a postura do profissional passe a ser de quem busca impulsionar a construção de autonomia organizativa, tanto entre trabalhadores da saúde como entre usuários atendidos nas unidades.

No sistema organizado em Redes, a atenção básica demanda a presença de um profissional de saúde que desempenhe o papel de “ativador” via processos formativos e reflexivos. A educação permanente não precisa adquirir um programa formal e rígido, mas possuir continuidade e comprometimento de todas as partes envolvidas. Esse processo

provoca uma revisão da prática cotidiana, permitindo verificar as fragilidades e os pontos fortes do trabalho desenvolvido. Ao mesmo tempo em que produzem o cuidado, os trabalhadores produzem a si mesmos como sujeitos (OLIVEIRA, 2021).

A capacidade de capilarização das ações depende do grau com que se pode trabalhar a partir da realidade, em colaboração com usuários, e abandonando ações baseadas em assistencialismo e filantropia. A participação social, forjada nos encontros, parcerias e embates que se dão no cotidiano, é reconhecida como importante componente para a construção da rede de saúde mental. Assembleias, reuniões do Conselho Gestor do CAPS ou nas Conferências de Saúde Mental configuram-se como alguns dos espaços formalizados para o exercício de controle social no sistema de saúde.

As atividades nos CAPS centram-se nos espaços coletivos (grupos, assembleias, reuniões de equipe), e no contato com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes. No âmbito das modalidades de atendimento desenvolvidas, deve-se basear na elaboração de Projetos Singulares Terapêuticos (PTS). De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010c), o Projeto Terapêutico Singular é uma proposta interdisciplinar de condutas terapêuticas. Sua elaboração deve contar com o contínuo envolvimento da Rede, equipe, usuário, familiares e/ou comunidade em sua manutenção (BRASIL, 2011). De acordo com a Portaria MS/SAS nº 854, de 22 de agosto de 2012 (BRASIL, 2012), poderão compor o PTS as seguintes estratégias:

- Acolhimento inicial: primeiro atendimento, por demanda espontânea ou referenciada, incluindo as situações de crise no território; consiste na escuta qualificada, que reafirma a legitimidade da pessoa que busca o serviço e visa interpretar as demandas, construir o vínculo terapêutico inicial e/ou corresponsabilizar-se pelo acesso a outros serviços, caso necessário.
- Acolhimento diurno e/ou noturno: ação de hospitalidade diurna e/ou noturna, objetivando o redimensionamento das relações interpessoais do convívio familiar e/ou comunitário.
- Atendimento individual: atenção direcionada visando à elaboração do PTS ou o que dele deriva.
- Atenção às situações de crise: ações desenvolvidas para manejo das situações de crise, entendidas como momentos de intenso sofrimento, desorganização e possíveis riscos à integridade física e mental do usuário e daqueles em seu entorno.
- Atendimento em grupo: ações realizadas com intuito de promover sociabilidade, pertencimento, vinculação, autoestima, autonomia e organização coletiva.

- Práticas corporais: estratégias que favoreçam a percepção corporal e a coordenação psicomotora.
- Práticas expressivas e comunicativas: estratégias que possibilitem ampliação do repertório expressivo e cultural.
- Controle social: participação geral nos processos de gestão dos serviços.
- Atendimento com familiares: ações voltadas para o acolhimento e corresponsabilização do cuidado.
- Atendimento domiciliar: atenção desenvolvida no local de moradia da pessoa e/ou familiares, para acompanhamento em situações que impossibilitem outras modalidades de atendimento.
- Ações de articulação comunitária: iniciativas articuladas com os recursos do território nos campos do trabalho, habitação, educação, cultura e assistência social pelo exercício de direitos.
- Ações de articulação de redes intra e intersetoriais: estratégias de articulação com e entre outros pontos de atenção da saúde, educação, justiça, cultura, lazer e assistência social.
- Matriciamento de equipes dos pontos de atenção básica, urgência e emergência e serviços hospitalares: suporte técnico presencial à condução do cuidado em saúde mental.
- Apoio a serviço residencial de caráter transitório: apoio presencial sistemático que busque manutenção de vínculos, suporte técnico-institucional e monitoramento do PTS.

No dia a dia dos serviços de saúde mental, a demanda pela interdisciplinaridade confronta-se com a difícil demarcação de fronteiras entre as profissões. Em uma tentativa de descrever as nuances do trabalho em equipe na perspectiva da interdisciplinaridade, faz-se a diferenciação entre campo e núcleo de atuação profissional (CAMPOS, 2000). O campo é entendido como um espaço de confluência de diversos saberes e práticas, norteados pelo processo de cuidado em saúde e proteção da juventude, no caso do CAPSij. O núcleo, por sua vez, trata-se da atuação reservada às contribuições de cada profissão.

A portaria (BRASIL, 2002) cita que a equipe deve proporcionar: a) atendimento de cunho ambulatorial de atenção diária; b) regulação e organização das demandas e redes de cuidado, através da supervisão, matriciamento e capacitação de equipes, serviços e programas de saúde; c) contínua atualização do cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental. As principais atividades realizadas



pelos profissionais da equipe técnica vigente incluem: triagem, avaliação psicossocial, grupos terapêuticos e psicoeducativos, oficinas, atendimentos individuais, atendimentos domiciliares, atividades sociocomunitárias, ações de matriciamento e organização da RAPS, realização e participação de capacitações, registros de atividades e procedimentos concluídos, discussões de caso, e contatos e reuniões intra e intersetoriais.

Ao discorrermos sobre as funções de um CAPS, não se pode perder de vista seus papéis fundamentais - assistencial e articulador - que o incumbem de desenvolver ações para o reconhecimento e a ordenação das diferentes demandas que concernem à saúde mental dos segmentos populacionais atendidos no território (COUTO; DELGADO, 2015). Os serviços de saúde mental devem propiciar reuniões entre técnicos e manter articulações intersetoriais para desenvolver e avaliar os PTS em andamento. A realização regular de reuniões de equipe e com usuários também é fundamental para a coordenação democrática e interdisciplinar do trabalho, pautada na ação-reflexão, e em discussões formativas.

A instituição da Rede de Atenção Psicossocial foi considerada um avanço para o campo, mas se faz necessário demarcar possibilidades e dilemas da ação dada como “psicossocial”. Sabe-se que um serviço de saúde fundamentado na cisão entre a pessoa para o qual se destina e suas necessidades contraria o princípio de integralidade da assistência. Os fluxos, tanto de atendimentos como de matriciamento, entre a RAPS e a ESF são fundamentais para a integralidade do cuidado. Uma vez que a RAPS tem sua comunicação com a ESF prejudicada, esta tende a isolar-se das ações territoriais e de se aproximar do modelo pautado em ambulatórios especializados (CRUZ; DELGADO; GONÇALVES, 2020).

Tal desarticulação não apenas se dá como prejuízo nas intervenções e propostas de cuidado, mas tende a fortalecer a percepção compartimentalizada do indivíduo e de seu processo de adoecimento, resultando na prática de encaminhamentos como mera delegação de responsabilidades, esvaziando o sentido do cuidado longitudinal. A história da saúde mental no Brasil é uma história de enclausuramento, perseguição e violência contra segmentos marginalizados da população. A subjetividade humana é extremamente diversa e se encontra sob pressão por homogeneização. Atualmente contamos com uma bagagem de leis que asseguram que as pessoas não permaneçam nos manicômios, mas persistem “os eternos retornos” ao CAPS, a medicalização e a violência institucional. Nesse sentido, construir uma rede de atenção psicossocial pautada nos princípios da coletividade, da desinstitucionalização, requer o reconhecimento e a superação das contradições com as quais nos deparamos cotidianamente.

### 3 Estatuto da Criança e do Adolescente

Os regramentos jurídicos e políticas sociais apresentam divergências nos limites das faixas etárias da infância e da adolescência. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera criança a pessoa com até 12 anos incompletos, e adolescente aquele entre 12 e 18 anos. Socialmente convencionadas, as diferentes definições coexistem no ordenamento sociocultural, e a classificação etária adquire diferentes sentidos a depender da forma como se reconhecem as especificidades de saúde e o perfil epidemiológico de cada grupo populacional.

O ECA descreve crianças e adolescentes como seres “por vir”, e preconiza a garantia de seu acesso: a) ao convívio, mediação e vinculação com adultos e círculos sociais; b) à educação formal; c) às ações de promoção, proteção e recuperação de saúde; d) ao desenvolvimento e à qualificação profissional; e) à possibilidade de realização de seus projetos de vida, reconhecendo “fatores protetivos” no âmbito social, econômico, político e cultural, que configurem sua exequibilidade.

A maneira como se compreende a infância e a adolescência não se mantém constante ou homogênea ao longo do tempo, e está sujeita à hegemonia ideológica, a qual fornece parâmetros para as organizações societais na regulação da vida cotidiana, incluindo códigos legais e institucionais. As passagens entre os tempos da juventude, portanto, são aqui entendidas como “acordos societários”, expressos pelas representações e ideais dominantes de juventude, e parametrizados pelas necessidades do mercado (CARRANO, 2007).

Denota-se que o alinhamento estratégico e a parceria entre profissionais de saúde e do campo de defesa dos direitos são de suma importância para a garantia do acesso a serviços e ações de saúde de qualidade no SUS. Os profissionais devem atentar-se ao resguardo do sigilo, privacidade e acolhimento independentemente de consentimento familiar e/ou dos responsáveis, entre outras garantias éticas, a fim de prover atenção adequada às suas singularidades.

No que tange ao direito à saúde, é crucial o fortalecimento de um modelo de atenção organizado a partir de redes, de maneira pactuada entre as diferentes esferas de gestão, e articulada intersetorialmente, de forma a responder às necessidades e demandas da população regida pelo ECA (BRASIL, 2010c). De acordo com os artigos 7º e 11º do ECA, cabe ao SUS a função de promover o direito à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio, por meio do acesso universal e equânime a ações e serviços, direcionados ao público de gestantes,

parturientes, nutrizes, recém nascidos, e pessoas com até 18 anos incompletos (BRASIL, 1990).

A inacessibilidade aos direitos previstos exige do Estado e de outros atores posicionamentos que resguardem o desenvolvimento de crianças e adolescentes. As respostas devem priorizar, quando possível, opções de cuidado no território, valorizando os mecanismos de organização e autonomia disponíveis (BRASIL, 2014). A compreensão de jovens como sujeitos autônomos é cara ao setor da Saúde, e deve ser objeto de atenção dos agentes de cuidado (família, sociedade em geral e poder público) e dos profissionais que atuam no sistema de garantia de direitos (promotores, defensores públicos, juízes, profissionais da educação, assistência social e saúde).

## **4 Caracterização do Campo**

### **4.1 Políticas de Saúde e Saúde Mental no Município**

A partir de relato inserido no Caderno Comemorativo dos 20 anos da Luta Antimanicomial, redigido em 2007 pela ex-servidora da Prefeitura Municipal de Bauru, Ivete Maria Pícaro, destacam-se alguns marcos da construção e execução de políticas de saúde mental no município, bem como processos de trabalho a serem ainda superados, conforme descrito a seguir.

A cidade de Bauru, palco do II Congresso Nacional dos trabalhadores de saúde mental em 1987 (AMARANTE, 1995), contou no mesmo ano com a inauguração do Núcleo de Apoio Psico Social – NAPS. A proposta do Núcleo se concretizou a partir de uma série de discussões entre a Secretaria Municipal de Saúde, o Departamento de Psicologia da Unesp e o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental.

Inicialmente, o NAPS possuiu como coordenador o psiquiatra Dr. Roberto Tykanori. O efetivo funcionamento do NAPS iniciou-se em meados de 1988, com intuito de organizar o atendimento em saúde mental voltado para pessoas de todas as faixas etárias. As diretrizes de funcionamento adotadas nesse período incluíam a promoção de saúde e a priorização da produção e reprodução da vida através de ações coletivas (PÍCARO, 2007).

No ano de 1992 o trabalho em saúde mental com crianças e adolescentes obteve um espaço físico próprio, denominado ‘Núcleo Infantil’. Segundo relato, o cuidado em saúde mental oferecido para crianças e adolescentes era definido a partir de ações interdisciplinares conduzidas pela equipe, composta por fonoaudiólogas, psicólogas, assistente social e neuropediatra, junto a escolas, Unidades Básicas de Saúde, dentre outras

instituições e pontos de atenção (PÍCARO, 2007). Concomitantemente, a profissional caracterizou as ações da equipe enquanto atendimentos de enfoque clínico. As demandas predominantes entre os usuários, familiares e educadores atendidos foram descritas como “dificuldades de fala, dificuldades de aprendizagem e problemas emocionais”.

Em 1996, com intuito de ampliar a rede de serviços de saúde mental, e em conformidade com deliberações da II Conferência Municipal de Saúde, foi elaborado o Projeto de Equipe Mínima de Saúde Mental em Unidade Básica de Saúde entre o Departamento de Unidades Ambulatoriais – DUA e o Departamento de Urgência e Emergência – DUE, o qual propôs a atuação de profissionais da psicologia, serviço social, nutrição, enfermagem e medicina na prevenção e promoção de saúde mental entre os pontos de atenção dirigidos pelos respectivos departamentos. Visto que a resolução da Conferência previa uma equipe mínima para cada 50 mil habitantes, foram implementadas equipes, sediadas nos bairros Núcleo Mary Dota, Ipiranga e Bela Vista. No mesmo ano, também foi fundada a Divisão de Saúde Mental, vinculada ao DUA, responsável pela coordenação técnica das equipes especializadas em Saúde Mental (PÍCARO, 2007).

Em 1998, o NAPS assumiu a demanda por Pronto Atendimento e Urgência para pessoas de 12 a 21 anos. Conforme relatado, os profissionais guiaram-se pela proposta terapêutica de visão sistêmica, e buscavam contextualizar o sofrimento mental como resultado de múltiplas determinações na realidade social e cultural do indivíduo (PÍCARO, 2007).

Em 2002 a Secretaria Municipal de Saúde iniciou o redimensionamento dos serviços existentes, com intuito de alinhá-los à implantação do novo modelo de assistência (CAPS), previsto pela Lei 10.216/01 (BRASIL, 2001) e pela portaria GM 336/02 (BRASIL, 2002). A Divisão de Saúde Mental iniciou um ciclo de discussões com a Divisão Regional de Saúde X, a Secretaria Municipal da Saúde, e o Ambulatório Regional de Saúde Mental. Após aprovação por parte do Conselho Municipal de Saúde, foi formalizado o convênio entre a Prefeitura Municipal de Bauru (PMB) e o Ministério da Saúde para a implantação de 3 CAPS: CAPS AD II, CAPS i II e CAPS I (PÍCARO, 2007), com aprovação formalizada pela Portaria GM/MS No. 95, e programada a partir da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS - SUS 01/2001).

O Ambulatório Municipal de Saúde Mental (antigo NAPS - Adulto), também fundado em 2002, obteve a função de acompanhar transitoriamente usuários designados como portadores de transtornos mentais leves e moderados, encaminhados pela RAS. A equipe multiprofissional deste ponto de atenção tinha como finalidade a manutenção do

tratamento medicamentoso, ressocialização e vinculação do paciente na rede de atenção básica. Durante o ano seguinte, a Divisão de Saúde Mental realizou treinamentos, abertos a toda a rede pública municipal da saúde, com vistas a discutir a importância da articulação entre os pontos de atenção básica e especializada para o planejamento de ações de promoção de saúde e combate à medicalização (PÍCARO, 2007).

Em 2013, celebrou-se convênio da PMB com a APAE e a SORRI, mediante aplicação da Portaria N° 584, a qual dispõe da habilitação e custeio dos Centros Especializados em Reabilitação (CER). Desde então, usuários diagnosticados ou com encaminhamento autorizado para avaliação de aspectos do neurodesenvolvimento (como TEA, Síndrome de Tourette, Epilepsia, D.I., P.C.) são, geralmente, encaminhados pelos diferentes pontos de atenção da RAS para Componentes da Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) (PMB, 2023a).

Em 2014, em decorrência da adesão do município ao Programa Interministerial “Crack é Possível Vencer”, fora proposto, aprovado e implantado o CAPS AD III infanto-juvenil, voltado ao atendimento de residentes do Município de Bauru, com idade entre 08 e 18 anos, com queixas relacionadas ao uso de substâncias psicoativas (PMB, 2021).

Em 16 de Outubro de 2017, considerando a ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos e dispositivos como as comunidades terapêuticas enquanto retrocessos, o Conselho Municipal de Saúde de Bauru publicou uma moção de apoio aos usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental do município de Bauru, ao movimento nacional da luta antimanicomial, reforma psiquiátrica brasileira e em defesa do SUS (BRASIL, 2017).

Em 2022, com base na Portaria nº 3.588 de setembro de 2017, foi inaugurada a Equipe Multiprofissional Especializada em Saúde Mental de Bauru/SP, sediada no Centro de Especialidades Médicas Municipal - Policlínica. O Projeto Técnico do serviço (PMB, 2023b) prevê funções similares às do AMSM, mas com enfoque em atender preferencialmente recortes populacionais como pessoas de 3 a 18 anos incompletos, que encontram-se sob acolhimento institucional nos Serviços de Acolhimento Institucional de Crianças e Adolescentes - SAICAs, e que apresentam demandas classificadas como “Moderadas”, segundo Protocolo de Estratificação de Risco em Saúde Mental (PMB, 2023b).

Em 2023, foi anunciado em audiência pública, realizada em 20 de setembro, a implantação de 4 equipes multiprofissionais, as quais seriam responsáveis pelo

fortalecimento da atenção em saúde mental na APS em 4 diferentes regiões da cidade. No momento, as equipes encontram-se em fase de contratação.

## 4.2 Unidade

Atualmente, o funcionamento do CAPS ij II no município de Bauru se dá no período das 07h às 18h, durante os dias úteis da semana. A unidade dispõe de uma equipe composta por dois médicos (psiquiatra e clínica), uma enfermeira, sete profissionais de nível superior (3 psicólogas, 1 assistente social, 2 fonoaudiólogas e 1 terapeuta ocupacional) e dois profissionais de nível médio (1 técnico de enfermagem e 1 técnica administrativa). Segundo a Portaria N° 336, a equipe mínima deve ser composta por: a) 1 médico psiquiatra, neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; b) 1 enfermeiro; c) 4 profissionais de nível superior entre as categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo, dentre outros; d) 5 profissionais de nível médio entre as categorias: técnico de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002).

Conforme prevê a legislação (BRASIL, 2002), a equipe mínima deve atender 15 usuários por turno e ter como atendimento diário um máximo de 25 pacientes, para municípios com cerca de 200 mil habitantes. Durante o ano de 2023, período no qual a equipe contou com a quantidade de profissionais abaixo do mínimo requerido, foi obtida a média de 26 atendimentos diários. Segundo censo realizado pelo IBGE em 2022 estima-se que Bauru possua 379.146 habitantes, com cerca de 74 mil ocupando as faixas etárias entre 5 e 19 anos, ou seja, próximo ao dobro da capacidade operacional da equipe mínima. Questiona-se a confiabilidade dos parâmetros de capacidade operacional traçados em 2002, visto o aumento na quantidade, na intensificação do agravamento e na complexificação das disparidades de acesso entre usuários cujas demandas a RAPS se propõe a atender.

Desde janeiro de 2023, as reuniões de equipe ordinárias são realizadas semanalmente, sendo convocados todos os técnicos que realizam atendimentos individuais e coletivos. Os tópicos abordados e seus encaminhamentos são registrados em Ata. Em apresentações do serviço realizadas no ano de 2022, é observada a reincidência do desafio de articular uma rede de atenção à saúde mental de base comunitária, participativa e operativa, conforme proposto na Lei 10.216 (BRASIL, 2001).

Apesar da diversidade de propostas encontradas que envolvem a formação e a humanização do trabalho em saúde, predomina um ideal de autonomia que tende para a funcionalidade e adaptabilidade do sujeito (GONÇALVES; CALIMAN; CÉSAR, 2021).

Nesse sentido, para que de fato se concretize a instrumentalização para o exercício da cidadania, ressalta-se a necessidade de, ao construir um PTS, priorizar o fortalecimento de pessoas e suas respectivas famílias, equipamentos sociais e comunidades, com vistas a ampliar os processos de coletivização do trabalho e de cuidado em saúde.

Uma vez introduzida a proposta de coletivização, é possível operacionalizar este processo por meio da modalidade citada na legislação: o grupo operativo. Pichon-Riviére (2009) considera que o chamado grupo operativo é definido como um conjunto de pessoas ligadas entre si por uma constante de tempo e espaço, articuladas por mútuas representações internas, se utilizando de determinadas normas, atuando em torno de uma tarefa. Tal atividade caracteriza-se como estratégia de cuidado, podendo se apresentar com tipos e objetivos diversos, dentre os quais se destacam os objetivos educativos e terapêuticos. Neste contexto, o profissional de saúde deve atuar como apoiador local, estimulando a construção de uma rede e de espaços de convívio propícios para redução do sentimento de isolamento e impotência diante de adversidades de ordem estrutural. Conforme se alinham os objetivos em comum, a manutenção dos grupos é assumida pelos próprios participantes (CFP, 2022).

A partir de um estudo exploratório-descritivo realizado em uma unidade de saúde mental, Ribeiro, Marin e Silva (2014) elencaram elementos que caracterizavam o planejamento, execução e resultados de processos grupais realizados. Segundo estes, o grupo operativo potencializa o compartilhamento de experiências e a produção de pertencimento social; toda forma de pertencimento social é a base para a formação de sujeitos ativos e criativos na consolidação dos laços sociais; e sujeitos com sentimento de pertencimento social tornam-se potencialmente capazes de interpretar e manejar situações adversas.

A partir da identificação das contradições, recursos e desafios levantados pela literatura nacional e pelos documentos publicizados no âmbito municipal, percebe-se dificultoso o cumprimento efetivo de ações de cunho assistencial e de articulação intersetorial pela consolidação da RAPS no território abarcado. Para iniciar a elaboração de propostas de funcionamento, serão apresentadas, discutidas e sintetizadas no “Projeto Técnico”: as demandas em saúde mental, os perfis sociodemográficos majoritariamente direcionados ao serviço, os fluxos consolidados e os pontos de atenção com os quais se deve estabelecer novos fluxos e ações conjuntas.

### 4.3 Fluxo e População atendida

Conforme a Portaria Nº 336 (BRASIL, 2002), o CAPS ij II é um serviço de atenção diária, de caráter transitório, destinado ao atendimento de jovens de 3 a 20 anos e 11 meses acometidos por “transtornos mentais graves e persistentes”. Conforme a legislação, estão incluídos na categoria “transtornos mentais” os portadores de quadros agudos de psicoses, neuroses e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais (BRASIL, 2004a). A definição de transtornos mentais graves e persistentes<sup>4</sup> como um dos critérios de inserção no serviço é amplamente adotado na legislação corrente nas diferentes esferas, nos manuais técnicos profissionais e nas cartilhas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b; 2005; 2022a; CFP, 2013; 2022). São recorrentemente considerados conjuntos de transtornos mentais graves e persistentes: quadros psicóticos, afetivos, espectro impulsivo-compulsivo, transtornos alimentares e da personalidade (BRASIL, 2022a).

Em Bauru, a faixa etária atendida pelo CAPS ij II é de 3 a 18 anos. Descreve-se o público-alvo dos serviços e ações do CAPSij II como “usuários com transtorno mental grave e persistente” (PÍCARO, 2007). Também são absorvidos pelo serviço usuários que apresentam risco de vida ou de prejuízos graves à saúde associados à autoagressão ou heteroagressão, conforme Protocolo de Estratificação de Risco (PMB, 2023b). Ademais, a Unidade deve garantir sua participação no Fluxo de Atendimento a Vítimas de Violência Sexual (PMB, 2022), na Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente, e na aplicação da Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e Suas Famílias em Situação de Violência (BRASIL, 2010b; PMB, 2022).

Atualmente, a Atenção Primária à Saúde - APS (UBS, Consultório Na Rua, Centros de Convivência e Cultura), preconizada como porta de entrada para os serviços do CAPS, acaba por não constituir a principal fonte de encaminhamento referida nas triagens da Unidade. Em movimento similar ao descrito por diversos autores (REIS; PEREIRA, 2023; SILVA; JURDI, 2022; LEITÃO, 2020; OLIVEIRA, 2021), os principais encaminhamentos provêm de escolas estaduais e municipais, UPAs, Conselho Tutelar e serviços terceirizados de saúde e assistência social (Rede CER e SAICAs, respectivamente). Conforme Guedes et al. (2017), embora os CAPS sejam estratégicos no cuidado em saúde mental, não devem ser entendidos como serviços que mantêm acompanhamento em regime asilar e/ou de longo

---

<sup>4</sup> Ao tratar do sofrimento apresentado em suas diversas maneiras, podemos utilizar aqui o que Sawaia (2017) denomina como “Sofrimento Ético-Político”, conceito-chave para a compreensão da dimensão psicossocial do processo de exclusão/inclusão em contextos sócio-históricos de desigualdade social.



período, mas possibilitar o estreitamento de vínculos com a APS e demais equipamentos sociais do território.

O fluxo é um instrumento de gestão, atualmente utilizado para promover articulação da rede, a redução de custos e a satisfação dos usuários. O estabelecimento de fluxos territoriais do CAPSij com a Rede de Atenção à Saúde e Redes intersetoriais (educação, esportes, cultura, lazer, assistência social) deve ser construído com a participação de todos os envolvidos, pactuado com a RAS local, publicizado, monitorado e constantemente avaliado em sua eficácia.

As pessoas acolhidas no CAPS que apresentarem demandas sanáveis pela Atenção Primária (UBS, Consultório na Rua, Centro de Convivência) ou por serviços especializados em saúde que outras unidades da Atenção Secundária (Rede CER, CRMI, CTA, Policlínica) abrangem, devem ser referenciadas para a unidade mais adequada, em termos de acessibilidade, qualificação e vínculo territorial. Diante de quadros que implicam risco de vida ao usuário e/ou seu círculo social, o caso deverá ser discutido imediatamente com a equipe local para definição do acolhimento em “observação” e, após, seguir fluxo da organização do cotidiano interno do CAPS, até estabilidade do quadro e articulação territorial para retorno à atenção primária e comunidade. Entretanto, em casos clínicos agudos, que apresentarem risco imediato para o usuário ou terceiros, que não respondem de forma segura ou em tempo hábil às tecnologias de cuidado adotadas pelo CAPS, deverá ser acionada a atenção hospitalar em saúde mental (Leitos pediátricos em Hospitais Gerais) e/ou serviços de urgência e emergência (UPA, SAMU).

Grande parte do segmento absorvido pelo serviço - mediante correspondência a um ou mais dos critérios de inserção - compreende: usuários com 13 a 16 anos completos; autoidentificados enquanto LGBTQIA+; autoidentificados enquanto negros; vítimas de violências de diferentes naturezas, ocorridas sob diferentes circunstâncias; com histórico de ideação, planejamento e tentativa de suicídio; e que vivenciam insegurança financeira, alimentar e habitacional.

Segundo o artigo 5º do ECA, deve ser assegurado “que nenhuma criança e adolescente seja objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”. Causas externas (acidentes e violências) respondem pela primeira causa de morte a partir de um ano de idade, segundo dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (BRASIL, 2023). Com relação ao recorte populacional de 10 a 19 anos, a maioria dos casos de suicídio ocorreu entre pessoas de 15 a 19 anos. Entre

2012 e 2021, foram registrados 8.391 óbitos (84,29%) com esta faixa etária, constituindo a quarta principal causa de morte.

Os dados publicados pela Vigilância em Saúde (2022b) indicam duas problemáticas a serem enfrentadas: a medicalização e a violência. Para promover a atenção integral a crianças e adolescentes com direitos violados, o Ministério da Saúde estabeleceu, em 2010, a “Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e Suas Famílias em Situação de Violência”, que orienta ações e serviços de: a) respostas imediatas nas dimensões do acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede nos três níveis de atenção à saúde; b) desenvolvimento de ações de promoção da saúde, de prevenção de violências; c) continuidade do cuidado na rede de proteção social.

A partir de relato de experiência, Bontempo (2009) sinalizou a importância da territorialidade e da intersetorialidade para a consolidação do leque de ações do CAPSij. Vechiatto e Alves (2019) reforçam que a formulação de ações não pode se encerrar entre as paredes do CAPS. Nesse sentido, aponta-se a necessidade de compreender que surgem, nos CAPS, expressões de sofrimento decorrentes da organização social vigente: sobrecarga e precarização do trabalho, insegurança financeira, alimentar e habitacional, violência (física, sexual, de Estado, repressão de expressões não normativas de gênero, raça, cultura e sexualidade, dentre outras). Não se pode deixar de mencionar as próprias consequências das políticas de flexibilização e precarização praticadas contra a população durante a pandemia de Covid-19, as quais aprofundaram sofrimentos das mais diversas ordens, e provocaram a elevação de menções de ideação, planejamento e tentativas de suicídio nos processos de acolhimento e triagem.

## **Método**

Conforme padrões éticos descritos pela Resolução CNS Nº 466 (BRASIL, 2012), foram consultados registros feitos em três principais fontes: (1) produções técnico-científicas e atas das reuniões de equipe realizadas para subsidiar a elaboração de novo projeto técnico para a Unidade, (2) relatórios estatísticos de procedimentos realizados pela Unidade, (3) protocolos de encaminhamento e articulação intra e intersetoriais vigentes e publicados.

*Reuniões de equipe para elaboração de novo protocolo de atendimento*

A construção deste documento se deu com base nas discussões realizadas em reuniões de equipe extraordinárias, e suas respectivas atas. Foram levantadas as referências utilizadas durante as reuniões supracitadas, bem como os eixos organizativos e temáticos destacados pelos participantes.

#### *Relatórios Estatísticos de procedimentos realizados*

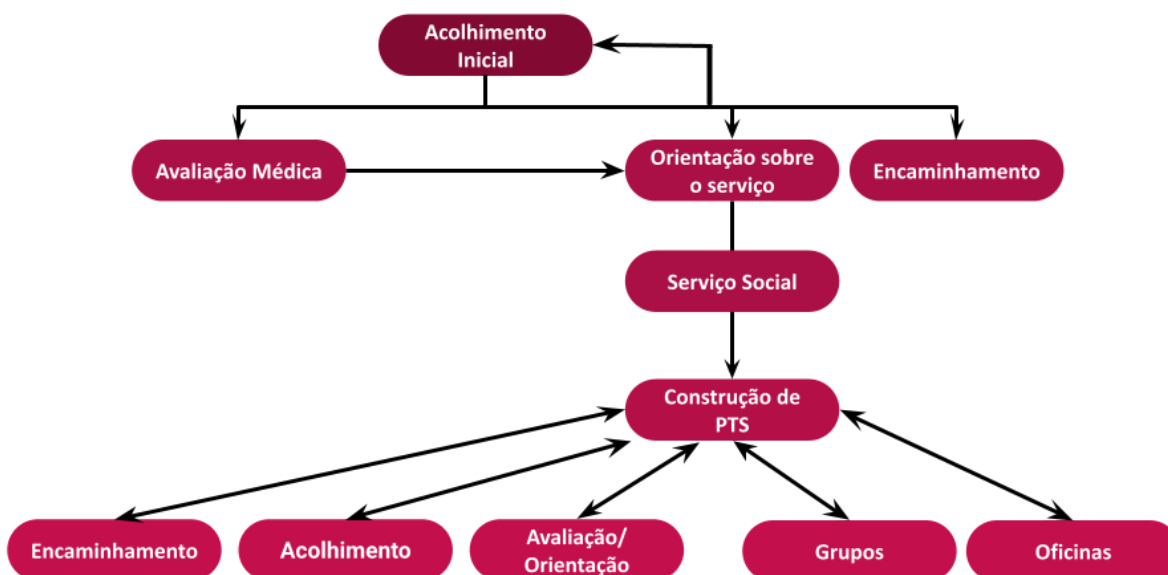
Com finalidade de complementar a caracterização do segmento populacional atendido pela Unidade, foram consultados relatórios estatísticos, produzidos com base nos dados de procedimentos realizados pela Unidade ao longo do ano de 2023.

#### *Protocolos de encaminhamento e articulação intra e intersetoriais*

Para contextualizar o debate sobre as atuais dificuldades e potencialidades das quais a RAPS dispõe no município, foram consultados protocolos de atenção e de encaminhamento vigentes durante a realização da presente pesquisa.

### **Resoluções**

*Imagem 1: Fluxograma de atividades realizadas nas dependências da Unidade*



### **5 Modalidades de assistência**

O manual técnico mais recentemente publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), por sua vez, complementa que uma política de saúde mental infantojuvenil deve

incluir as seguintes diretrizes: a) A criança e o adolescente, conforme reconhecidos pelo ECA, são sujeitos integrais e, como tal, podem possuir suas próprias demandas, e devem ter a plena participação em sua comunidade garantida. b) Acolhimento universal, ou seja, portas abertas a todos que chegam com alguma necessidade em saúde. c) Encaminhamentos implicados e corresponsabilizados: no caso de haver outro serviço que melhor se ajuste às necessidades do usuário, deve-se acompanhar o caso até sua inclusão e atendimento em outro serviço. d) Intersetorialidade e construção permanente da rede de profissionais, ações e serviços. e) Trabalho no território, estabelecendo relação com os espaços e redes sociais e de afetos daquele que é cuidado. f) Avaliação conjunta entre equipes, familiares e usuários sobre as demandas que chegam aos serviços de saúde mental.

O acolhimento universal, destaque também na política que rege o SUS, significa que toda demanda dirigida ao CAPS deverá ser acolhida, ouvida e respondida, de modo a viabilizar uma análise ampliada das circunstâncias de cada usuário. Isto não significa que os serviços devam atender e acompanhar todos os casos que até ali chegam, mas identificar as necessidades e propor estratégias. Quando couber, deve-se acionar outros pontos de atenção, observando a prioridade da vinculação com a Atenção Básica.

A construção do vínculo do usuário com a unidade de saúde se inicia pelo primeiro contato, o qual geralmente se dá no processo de acolhimento e escuta qualificada, quando o usuário e/ou seus pares chegam ao CAPS para solicitar serviços em saúde mental. Neste primeiro contato, o objetivo é compreender a situação da forma mais abrangente possível e introduzir a pessoa aos aspectos do processo terapêutico buscado (BRASIL, 2004b).

Para abordar a metodologia do primeiro contato, é necessário reconhecer que os critérios utilizados pelo profissional não se apresentam isentos de uma ideologia e concepção filosófica ou pragmática. Conforme indicaram os resultados da revisão realizada no decorrer do presente estudo, as demandas identificadas e/ou absorvidas pelos CAPSij são majoritariamente concebidas a partir da coleta de dados com vistas a delimitar quadros sintomáticos e avaliar a incidência de “fatores de risco” (OLIVEIRA, 2021). A partir da análise conjunta destes dados, o profissional verifica a correspondência com os critérios de inserção do serviço, os quais podem variar conforme a conjuntura política, os protocolos vigentes e os recursos humanos e materiais disponíveis.

Nem sempre as resoluções buscadas na saúde mental corresponderão à realidade concreta dos usuários. Os serviços de saúde mental, dentro da perspectiva que hoje rege suas respectivas políticas, devem assumir uma função que extrapola o fazer técnico e contribuir para a criação e manutenção de uma rede de cuidados que respeite as singularidades e o

desenvolvimento de cada sujeito. Paralelamente, deve-se continuamente buscar reconhecer os limites dos espaços institucionais e não perder de vista a centralidade da resolubilidade coletiva.

Adiante, encontram-se descritas as atividades fixas previstas para 2024 (Apêndice B).

### **5.1 Acolhimento**

Atendimento individualizado de caráter inicial, que resulta no encaminhamento interno ou externo e/ou suporte à crise. Voltado para a população em geral. Possui roteiro (Apêndice C). Não requer agendamento.

#### *Operacionalização*

De segunda a sexta, entre 7h e 12h, haverá um técnico responsável pelo acolhimento, o qual contará com apoio de dois técnicos entre 7h e 9h ou entre 10h e 12h. Cada técnico designado como apoio atenderá 1 usuário.

De segunda a sexta, entre 13h e 18h, haverá um técnico responsável pelo acolhimento.

O tempo máximo para cada atendimento é de 60 minutos.

Para ambos os turnos da manhã e tarde, será mantida atualizada uma agenda contendo os nomes e números de prontuário (quando houver) daqueles que informarem interesse em comparecer ao acolhimento. Recomenda-se que sejam indicados, com base na agenda, os horários das 7h, 9h, e 11h, e os horários das 13h, 15h, e 17h, respectivamente.

### **5.2 Orientação sobre o funcionamento do serviço**

Atendimento em grupo de caráter inicial com objetivo de tratar com os usuários e seus respectivos acompanhantes sobre o funcionamento geral da Unidade, a construção do PTS e a resolubilidade das demandas levantadas. Requer agendamento.

#### *Operacionalização*

Às segundas-feiras, entre 9h e 10h, serão conduzidos por dois técnicos os grupos para usuários com idades entre 15 e 17 anos e seus responsáveis.

Às terças-feiras, entre 9h e 10h, serão conduzidos por dois técnicos os grupos para usuários com idades entre 3 e 10 anos e seus responsáveis.

Às quartas-feiras, entre 9h e 10h, serão conduzidos por dois técnicos os grupos para usuários com idades entre 11 e 14 anos e seus responsáveis.

A realização dos grupos se dará com base no Roteiro de Orientações (Apêndice D). As informações obtidas serão averiguadas em Reunião de Equipe (7.1) e/ou Reunião de Construção de PTS (6.1)

### **5.3 Avaliação e/ou Entrevista**

Atendimento individualizado com objetivo de levantar, explorar e analisar dados conforme os objetivos gerais do campo da Saúde Mental e objetivos particulares de cada categoria (Av. Fonoaudiológica, Psicológica, Médica, Socioeconômica). Requer presença prévia na atividade 5.2 (Exceção: Av. Médica). Requer agendamento. Algumas avaliações e entrevistas podem requerer agendamento de retorno para devolutiva.

#### *Operacionalização*

Recomenda-se que cada profissional realize até duas avaliações por mês. As datas poderão variar conforme a agenda de cada profissional.

### **5.4 Grupo de Estudos ('Formações internas')**

Reunião de técnicos quinzenal para estudo e discussão de materiais selecionados previamente (Apêndice B). Os temas e materiais poderão ser modificados ao longo do ano mediante comum acordo entre os membros de cada turno. Segundas e quartas semanas de cada mês.

#### *Operacionalização*

Às quartas-feiras, entre 10h e 12h, será conduzido por um técnico o grupo de estudos com participação dos profissionais alocados no turno da manhã.

Às quartas-feiras, entre 14h e 16h, será conduzido por um técnico o grupo de estudos com participação dos profissionais alocados no turno da tarde.

### **5.5 Capacitação ('Formações externas')**

Atividade formativa organizada por técnicos da Unidade para profissionais atuantes em outras instâncias da Rede Pública Municipal e Estadual.

#### *Operacionalização*

Orienta-se a designação de responsáveis, a elaboração de um Projeto e de um cronograma para cada Capacitação.

### **5.6 Matriciamento**

No âmbito da articulação em Rede, o apoio matricial é eleito como estratégia fundamental, e deve objetivar: capacitar e fortalecer a rede de serviços substitutivos; promover a corresponsabilização entre equipes; e acompanhar sistematicamente os serviços e a circulação de usuários entre eles. No caso dos CAPS, o matriciamento é uma ferramenta para regular fluxos e desenvolver posturas alinhadas à Reforma Psiquiátrica no território, ao demonstrar que a atenção psicossocial não é atribuição exclusiva de nenhuma especialidade ou serviço, pertencendo a todo o campo da saúde. Ações de matriciamento em saúde mental podem ser desenvolvidas junto a quaisquer serviços provenientes de políticas públicas sociais, caracterizando ações de articulação de redes intra e intersetoriais (OLIVEIRA, 2021).

Matriciamento inclui *interconsulta, atendimento domiciliar, discussões de caso, formações, ações junto às comunidades, entre outras ferramentas*, todas em conjunto com as equipes de referência, as quais podem vir a ampliar sua capacidade resolutiva (BRASIL, 2021).

#### *Operacionalização*

Conforme cronograma que consta no Apêndice B, serão fixadas datas quinzenais de Matriciamento para o ano de 2024 (segunda e quarta semana). Os profissionais da Unidade responsáveis pela realização das atividades deverão reunir-se e elencar pontos de atenção a serem contatados. Aos pontos contatados, será comunicada a proposta geral da atividade e as possibilidades de ação conjunta a ser desempenhada. Caso haja acordo, será agendada a atividade.

Conforme reforça a Nota Técnica de Saúde Mental (BRASIL, 2021), não é necessário que se agende as atividades “sob demanda”, mas que se busque ativamente articular-se com os demais pontos de atenção da Rede.

Segunda semana do mês:

Às quintas-feiras, entre 14h e 16h, dois técnicos do CAPSij serão responsáveis pela organização da atividade.

Às sextas-feiras, entre 10h e 12h, dois técnicos do CAPSij serão responsáveis pela organização da atividade.

Quarta semana do mês:

Às quintas-feiras, entre 14h e 16h, um técnico do CAPSij, junto a um técnico do CAPSad ij, serão responsáveis pela atividade.

Às sextas-feiras, entre 10h e 12h, um técnico do CAPSij, junto a um técnico do CAPSad ij, serão responsáveis pela atividade.

## **5.7 Conselho Gestor**

A participação popular é uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS. No interior dos serviços, os conselhos gestores se constituem essencialmente como um órgão colegiado, deliberativo e paritário, composto por trabalhadores e usuários, com o intuito de assegurar a participação popular na gestão dos serviços de saúde (PMSP, 2016).

O CG deve possibilitar a participação organizada da população na gestão dos serviços prestados pelo SUS em âmbito local, com ações e serviços necessários à promoção, preservação e recuperação da saúde e qualidade de vida da população.

### *Operacionalização*

As reuniões fixas deverão ocorrer nas primeiras segundas-feiras de cada mês, entre 12h e 13h. O CG também poderá compor e propor atividades a serem realizadas pela Unidade.

## **5.8 Encaminhamentos**

Ações com objetivo de direcionar demandas para outros pontos de atenção, da RAPS, RAS ou dos órgãos integrantes do Sistema de Garantia de Direitos - SGD, dos quais o usuário poderá se beneficiar ou requeira apoio. Deve-se garantir a salvaguarda dos direitos



dos usuários e seus acompanhantes, orientando-os e mantendo a Unidade atualizada sobre o caso encaminhado sempre que necessário. A responsabilidade para com os usuários e suas demandas não cessa no ato do encaminhamento, pois está vinculada à garantia de acesso e ao aspecto longitudinal dos cuidados em saúde.

### **5.9 Preceptoria de Estágios**

Os profissionais que possuem interesse e disponibilidade para a realização de Preceptoria deverão: avaliar a aplicabilidade e relevância do Plano de Estágio e do cronograma proposto pela Instituição de Ensino, observando os parâmetros teóricos, técnicos e éticos do projeto; apresentar parecer fundamentado, em papel timbrado, à chefia; apresentar aos estagiários o documento de Orientações (Apêndice E); supervisionar as atividades desempenhadas pelos estagiários em campo; participar regularmente das supervisões ministradas pelos Professores responsáveis pelo estágio; apresentar declaração de comparecimento às supervisões.

### **5.10 Documentos**

#### *Declaração de Prontuário*

Documento produzido conforme solicitado pelo usuário e acompanhantes.

Deve constar: data e local de emissão, nome do usuário, data de nascimento do usuário, nome dos responsáveis legais, data do primeiro comparecimento em acolhimento, atividades às quais compareceu com regularidade, conduta mais recente, assinatura e carimbo da equipe.

#### *Declaração de Comparecimento*

Documento produzido conforme solicitado pelo usuário e acompanhantes.

Deve constar: data e local de emissão, nome do usuário, nome do acompanhante (quando houver), nome da atividade à qual o usuário participou, horário de início e término da atividade, assinatura e carimbo da equipe.

#### *Relatório de Atendimentos*

Documento produzido conforme solicitado por outros pontos de atenção da Rede.

Deve constar: data e local de emissão, nome do usuário, data de nascimento do usuário, nome dos responsáveis legais, data de primeiro comparecimento em acolhimento,

atividades às quais compareceu com regularidade, informações essenciais para a compreensão do caso pela parte solicitante, conduta mais recente, assinatura e carimbo da equipe.

#### *Atestado*

Documento produzido exclusivamente pelo médico.

Deve constar: data e local de emissão, nome do usuário, CID, data de comparecimento, duração do afastamento, assinatura e carimbo do profissional.

#### *Cópia de Prontuário*

Documento produzido conforme solicitado pelo usuário, responsáveis legais ou CAPS que atualmente acompanha o usuário.

Quando possuir mais de 20 páginas, deve ser protocolado e enviado à SMS para realização da cópia.

#### *Protocolo de Risco*

Documento produzido e preenchido junto aos responsáveis quando identificado risco de auto e heteroagressão por parte do usuário.

#### *Prontuário Eletrônico*

Documento alimentado regularmente pelos técnicos atuantes na Unidade.

Deve constar: tipo de atividade, conduta.

Informações sensíveis e/ou relevantes para a Construção de PTS deverão ser registradas em aba sigilosa.

## **6 Projeto Terapêutico Singular**

O PTS consiste em um conjunto de condutas que devem ser elaboradas com base nas diferentes contribuições técnicas dos profissionais, nas iniciativas e condições de familiares e usuários e no território onde se situa, respeitando a identidade e a cultura local e regional.

O Terapeuta de Referência (TR) terá sob sua responsabilidade acompanhar junto ao usuário o andamento do PTS, redefinindo, conforme necessário, as atividades e a frequência de participação.

Adiante encontram-se descritos os diferentes elementos que podem compor o PTS.

## 6.1 Construção de PTS

### *Critérios de elaboração de PTS*

Pessoas que buscam a Unidade via demanda espontânea devem ser acolhidas pela equipe. Isto não implica na necessidade de elaboração de PTS com todos os usuários que comparecem à Unidade. Quando acordado com estas a possibilidade de acompanhamento na Atenção Básica, devem ser redirecionados para as equipes de Saúde da Família de referência (BRASIL, 2014b).

Dadas as particularidades do município e dos protocolos vigentes, o CAPSij II realiza a elaboração de PTS junto a usuários com transtorno mental grave e persistente e/ou que apresentam crises agudas com prejuízos graves à saúde, associados a risco de vida.

### *Reuniões de construção de PTS*

Às quartas, quintas, e sextas-feiras, entre 12h e 13h, todos os técnicos lotados na Unidade encontram-se disponíveis para compor reuniões, junto a outros profissionais da Rede, usuários e responsáveis. Estas reuniões possuem o intuito de favorecer a delimitação de condutas, escuta qualificada e compartilhamento de informações essenciais que não venham a ferir o sigilo. Na primeira reunião realizada com participação dos responsáveis sobre o PTS, deve-se realizar a leitura e a proposição da adoção do Termo de Responsabilidade (Apêndice F).

### *Modalidades Intensiva, Semi-intensiva, e Não Intensiva de acompanhamento*

Intensiva: participação em atendimentos e atividades de 1 a 3 vezes por semana. Indicada quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise aguda e/ou dificuldades intensas no convívio social e familiar.

Semi-intensiva: participação em atendimentos e atividades de 2 a 4 vezes por mês. Indicada quando reconhecido pelo usuário e TR o desenvolvimento inicial de possibilidades de relacionamento, ausência de riscos imediatos e de prejuízos debilitantes.

Não intensiva: participação em atendimentos e atividades de 1 a 2 vezes por mês. Indicada quando a pessoa não requer suporte contínuo para estabelecer relações em seu

território, para iniciar e manter atividades cotidianas e apresentar relativa estabilidade e/ou melhora do quadro psíquico inicial. Modalidade reservada para usuários que já se encontram em fase de conclusão do processo terapêutico.

## **6.2 Grupo Operativo**

A técnica de grupos operativos é caracterizada pela centralidade em uma tarefa, que pode ser terapêutica, de ensino-aprendizagem, organizacional, entre outros (PICHON-RIVIERE, 2009). Essa tarefa se apresenta como um processo singular, sendo uma atividade da qual surgem algumas necessidades, que serão direcionadas ao objetivo proposto.

Estas atividades também prevêm a promoção da participação de usuários nos processos de gestão dos serviços e da rede, na apropriação e defesa de direitos e na criação de formas associativas de organização.

### *Operacionalização*

O grupo voltado para responsáveis ocorrerá quinzenalmente, às sextas-feiras, entre 9h e 10h, e será conduzido por dois técnicos.

Os grupos voltados para usuários serão marcados conforme a agenda dos técnicos que os conduzem.

## **6.3 Atividade Sociocomunitária**

Tratam-se de ações que visam proporcionar o trânsito e fortalecer o acesso dos usuários e técnicos aos espaços públicos, da vida em sociedade e o estabelecimento e mediação das relações sociais nos diferentes contextos encontrados. Poderão ser realizadas atividades em conjunto com outros pontos de atenção da Rede.

### *Operacionalização*

Quando previstas atividades que incluem o deslocamento de menores de 18 anos, deve-se solicitar aos responsáveis a autorização e o preenchimento do formulário até o dia da saída.

Às quintas-feiras (primeira semana do mês), entre 14h e 16h, as atividades serão planejadas por dois técnicos.

Às quintas-feiras (segunda semana do mês), entre 10h e 12h, as atividades serão planejadas por dois técnicos.

Às quintas-feiras (terceira semana do mês), entre 14h e 16h, as atividades serão conduzidas por dois técnicos.

Às quintas-feiras (quarta semana do mês), entre 10h e 12h, as atividades serão conduzidas por dois técnicos.

#### **6.4 Oficinas**

As oficinas cumprem papel fundamental no cuidado dos usuários e do reconhecimento de si diante de elementos sociais (família, cultura, mercado de trabalho, entre outros), e da ressignificação da saúde, cidadania, autonomia e inserção social.

##### *Operacionalização*

Quando previstas atividades que incluem o deslocamento de menores de 18 anos, deve-se solicitar aos responsáveis a autorização e o preenchimento do formulário até o dia da saída.

Às sextas-feiras (primeira e terceira semana do mês), entre 10h e 12h, as atividades serão conduzidas por dois técnicos.

Às sextas-feiras (primeira e terceira semana do mês), entre 14h e 16h, as atividades serão conduzidas por dois técnicos.

#### **6.5 Avaliação e Consulta Médica**

Com intuito de promover a redução do tempo de espera, e a comodidade dos usuários recebidos na Unidade, os atendimentos passaram a ser agendados por horário em abril de 2024. Os médicos atenderão até 12 pacientes por dia de trabalho, sendo um destes horários reservado para atendimentos de urgência para pacientes com PTS ativo. Caso haja horário de atendimento vago - devido desistência ou falta - , é possível realizar agendamentos no mesmo dia.

O uso de medicações prescritas pode proporcionar o apoio necessário ao enfrentamento dos processos do adoecimento psíquico e suas consequências físicas, emocionais e sociais. Concomitantes ao apoio psicossocial, prevêm o fortalecimento de relações, até que se assegure condições nas quais os psicofármacos não sejam o principal ponto de apoio, e jamais o único, ainda que necessários.

A Avaliação e a Consulta Médica não necessariamente resultam na prescrição de medicamentos.

### **6.6 Atendimento Domiciliar**

Trata-se de atenção realizada no local de moradia da pessoa e seus familiares. Visa o acompanhamento do cuidado e à melhor compreensão do contexto, das circunstâncias e das relações em que o indivíduo se vê inserido.

#### *Operacionalização*

Às sextas-feiras (segunda semana do mês), entre 14h e 16h, as atividades serão planejadas por dois técnicos.

Às segundas-feiras (terceira semana do mês), entre 10h e 12h, as atividades serão conduzidas por dois técnicos.

### **6.7 Conclusão de PTS**

Quando o usuário não mais requer cuidados com regularidade, maior intensidade e complexidade, é considerada a programação de Conclusão de PTS, e a equipe da APS deve passar a ser a responsável pela continuidade de seu cuidado. O apoio do matriciador se dará à medida que a equipe da APS solicitar, ao longo das reuniões regulares ou extraordinariamente, podendo, quando necessário, realizar nova avaliação em conjunto.

A Nota Técnica de Saúde Mental, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2021) também salienta como indicativos de direcionamento para a APS: quando a medicação de maior complexidade (neurolépticos e estabilizadores de humor) em uso não necessita ser modificada; e quando a necessidade de atendimento do especialista em saúde mental de diferentes modalidades já não se faz necessária, e o usuário pode se apoiar nas ações realizadas pela equipe da APS.

### **6.8 Interrupção de PTS**

O PTS será identificado interrompido em ocasiões de ausência de comparecimento por parte do usuário há, no mínimo, 3 meses. Caso não haja retorno dentro de 6 meses, o prontuário deverá ser arquivado.

## **6.9 Contato telefônico**

O Contato Telefônico será realizado nas seguintes ocasiões: na ocorrência de primeira falta injustificada de usuário com PTS ativo e quando avaliada, em discussão de caso, a necessidade de novas tentativas. Tais orientações serão fornecidas aos usuários e familiares durante os Grupos de Orientação.

## **6.10 Internação**

Entre os pontos de atenção do componente atenção hospitalar destacam-se os leitos em hospital geral e o serviço hospitalar de referência em saúde mental no hospital geral, que ofertam cuidado hospitalar para situações de urgência/emergência para pessoas advindas da Rede de Atenção Psicossocial e da Rede de Urgências e Emergências (RUE) (BRASIL, 2017).

Os leitos de saúde mental em enfermaria especializada em Hospitais Gerais (HG) têm o dever de atender todas as faixas etárias, respeitadas as disposições do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), garantindo: acompanhamento presencial por responsável legal durante todo período de permanência e procedimentos realizados, privacidade, sigilo e medidas que assegurem a proteção da integridade da criança e adolescente.

O projeto terapêutico durante a internação deve priorizar: o menor tempo possível de permanência; a reinserção social; a articulação com serviços de acompanhamento longitudinal, a família e o próprio usuário em questão; o manejo de situações de crise e/ou vulnerabilidade extrema que representem risco de vida para o usuário e/ou a outrem.

É necessário apontar a necessidade de superação do histórico de distorção das funções da internação sob diferentes justificativas (a exemplo: como medidas de proteção e como medidas socioeducativas). De acordo com a Lei nº 10.216/2001, a internação em saúde mental é o último recurso a ser acionado quando estiverem esgotadas as possibilidades de cuidado nos serviços comunitários de base territorial. Especificamente segundo o artigo 3º, inciso 3º, fica vedada a internação em instituições de características asilares. As internações podem acontecer nas seguintes modalidades: I - voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; II - involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e III - compulsória: aquela determinada pela Justiça.

## **7 Equipe Técnica**

### **7.1 Reunião de Equipe**

Realizadas semanalmente, às terças-feiras, entre 12h e 13h.

### **7.2 Atribuições**

#### **7.2.1 Gerais (Ensino Superior)**

- Elaborar e manter atualizados os prontuários na forma das normas em vigor;
- Trabalhar com as pessoas visando fortalecer seus vínculos e torná-las sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde;
- Propor mecanismos que facilitem e possibilitem o acesso dos usuários aos serviços;
- Elaborar e/ou divulgar materiais educativos com vistas a melhorar o conhecimento da população acerca das demandas de saúde;
- Mobilizar e incentivar os usuários a participar das atividades de participação social;
- Elaborar, junto a equipe, protocolos que possibilitem a organização, normatização e sistematização do cotidiano do trabalho profissional;
- Realizar ações de Matriciamento com a rede de serviços SUS;
- Desenvolver atividades de educação e prevenção nos vários níveis de atenção;
- Planejar e coordenar grupos educativos, de sensibilização e mobilização envolvendo as temáticas de saúde pertinentes a situação epidemiológica de cada Unidade;
- Realizar orientações aos usuários do SUS, a fim de democratizar as rotinas e o funcionamento dos serviços de saúde nos diversos níveis de atenção;
- Participar e motivar a participação das equipes do projeto de humanização da unidade;
- Participar de ações intersetoriais;



- Implementar atividades de ensino-aprendizagem visando o fortalecimento e a integração ensino – serviço – comunidade como cenário de práticas para a formação no âmbito do SUS;
- Realizar atividades de preceptoria nos serviços de saúde;
- Compor reuniões administrativas e técnicas;
- Participar de ações setoriais;
- Manter atualizados os conhecimentos profissionais, técnico-científicos e culturais, necessários ao pleno desempenho do exercício profissional.
- Atuar como multiplicador, socializando o conhecimento adquirido em eventos, cuja participação ocorreu mediante autorização de afastamento pela administração;
- Resguardar o sigilo profissional do paciente, exceto nos casos previstos em lei;
- Implementar e participar de programas de promoção, prevenção e recuperação à saúde, projetos educativos e orientações na área de saúde, programas e campanhas coletivas;
- Desenvolver ações na área de saúde coletiva (vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental);
- Participar de comissões, conselhos e reuniões. Integrar fóruns de controle social, promovendo articulações e parcerias intersetoriais e interinstitucionais;
- Realizar atendimento domiciliar dos usuários assistidos;
- Registrar todos os procedimentos e condutas nos sistemas disponíveis;
- Realizar apoio matricial a outros profissionais e equipes para o desenvolvimento das ações de saúde;
- Realizar a notificação e encaminhamento, frente situação constatada e/ou suspeita de violência;
- Realizar encaminhamento responsável para outros serviços por meio dos sistemas de saúde disponíveis;

- Avaliar a eficácia e a eficiência do serviço, promovendo a sua reorganização e atualização, sempre que necessário.
- Em ambiente institucional: estabelecer junto à equipe prioridades para o desenvolvimento de atividades; programar e executar ações com outros equipamentos que integram a rede de atenção.

### **7.2.1 Assistente Social**

- Atuar em ações de atenção na perspectiva do cuidado integral à saúde e do direito dos usuários, reforçando as noções de cidadania;
- Planejar, executar e avaliar pesquisas, estudos e projetos na área das políticas públicas;
- Realizar estudo socioeconômico visando apontar o perfil populacional da área de abrangência da Unidade;
- Realizar orientação sobre os programas sociais e de saúde existentes;
- Colaborar no planejamento, elaboração, execução, supervisão e avaliação dos Programas de Saúde implantados pela Secretaria Municipal de Saúde;
- Prestar orientações (individuais e coletivas, domiciliares e em vias públicas de acordo com as necessidades de cada serviço);
- Emitir parecer acerca do uso do passe saúde na Unidade - em conformidade com o Decreto No 10.507, de 24 de agosto de 2007.

### **7.2.2 Atendente**

- Realizar atendimento ao público;
- Oferecer informações gerais sobre o serviço;
- Atender ao telefone;
- Realizar ligações quando solicitado;

- Conduzir as pessoas para sala de atendimento, exames, ou locais diversos;
- Chamar profissionais da equipe em caso de necessidade de atendimento imediato;
- Agendar atendimentos, compromissos e transporte de pacientes;
- Advertir ao público caso circulem em locais específicos aos funcionários ou cometam outras irregularidades (fumar, destruir patrimônio, etc);
- Manter atualizadas listas de telefones e endereços existentes no setor, e atualizar prontuário físico, prontuário eletrônico, e CadWeb;
- Realizar o registro das solicitações de viaturas, como também todas as intercorrências em livro de anotações;
- Preencher, separar, arquivar prontuários e documentos em geral, de acordo com a área de atuação;
- Preencher ficha cadastral;
- Realizar cadastros diversos em sistema, quando necessário, fornecendo o número do cadastro ao usuário em atendimento;
- Solicitar documentos para confirmação dos dados;
- Preencher, numerar e arquivar prontuários;
- Procurar prontuários, fichas, pastas ou processos;
- Separar exames, fichas, pastas ou processos e encaminhar ao profissional que irá realizar o atendimento;
- Fazer listagem dos pacientes que foram internados, que receberam alta, que serão atendidos;
- Efetuar a recepção e encaminhamento de documentos;
- Controlar (receber, anotar e assinar) as solicitações de viagens, providenciando o agendamento do transporte;
- Realizar ligação para informar liberação de vaga e atendimento em outras Unidades para as quais o CAPSij encaminhou.

### 7.2.3 Chefe de Seção

- Supervisionar ações operacionais.
- Prestar assessoria e assistência direta e imediata ao Secretário Municipal, ao Diretor de Departamento, Diretor de Divisão e ao Administrador Regional a que esteja subordinado;
- Acompanhar, controlar e executar as ações administrativas no âmbito de sua seção;
- Identificar prioridades da Seção;
- Estabelecer metas da Seção;
- Planejar etapas do processo de trabalho;
- Prestar informações institucionais;
- Acompanhar a execução de projetos da área;
- Coordenar utilização da infra-estrutura da Seção;
- Interpretar, avaliar a aplicabilidade e propor modificações das normas vigentes;
- Supervisionar movimentação e conservação de materiais e patrimônio da Seção;
- Possibilitar condições técnicas e políticas que garantam o direito ao cuidado, a organização de uma rede de atenção integral à saúde através de dispositivos sanitários e socioculturais que atendam de forma integrada as várias dimensões da vida do sujeito;
- Mediar a construção de consensos coletivos considerando os atores no processo e garantindo a possibilidade de discussão;
- Zelar pelo respeito aos princípios constitucionais que regem o Sistema Único de Saúde;
- Gerenciar o CAPSij em conformidade ao disposto na Portaria GM/MS 336/02, que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial.

#### 7.2.4 Enfermeiro

- Organizar e realizar a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) através da coleta de dados, diagnóstico, planejamento, intervenção / implementação e avaliação, direcionando todo trabalho a ser executado envolvendo a arte do cuidar, além de supervisionar as ações do técnico de enfermagem, gerenciando os procedimentos administrativos sob sua responsabilidade de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem;
- Colaborar na elaboração e atualização do manual de enfermagem;
- Supervisionar e/ou realizar a limpeza, desinfecção e esterilização de materiais;
- Realizar contato telefônico com regulação médica/equipes de suporte básico da vida, quando necessário;
- Executar prescrição a distância somente em situação de urgência e emergência reguladas pelo serviço móvel de urgência conforme legislação vigente;
- Executar técnicas de enfermagem respeitando a legislação profissional vigente (COFEN/COREN);
- Supervisionar o cumprimento de resoluções do COFEN/COREN, colaborando com o processo de fiscalização do exercício profissional e prestar informações fidedignas, permitindo o acesso a documentos e a área física institucional;
- Supervisionar, organizar e direcionar a equipe de enfermagem sob sua subordinação, em suas atividades técnicas e realizar dimensionamento de enfermagem conforme resolução nº 543/2017 colaborando na previsão e distribuição dos recursos humanos necessários para uma assistência de enfermagem segura;
- Supervisionar e fazer cumprir os prazos para encaminhamento de dados, informações, fichas de atendimento, mapas de trabalho, relatórios, boletins e outros documentos de enfermagem aos órgãos superiores, garantindo a qualidade dos mesmos e avaliando seus resultados;

- Capacitar, sensibilizar, acompanhar e assessorar tecnicamente as ações de vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e saúde do trabalhador, seguindo normas técnicas legais do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e de outros órgãos afins;
- Implantar, gerenciar e operacionalizar o sistema nacional de agravos de notificação, sistema de agravos entre outros;
- Atuar em consonância com a equipe de vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental e saúde do trabalhador em inspeções, através de educação sanitária e medidas de contenção de risco;
- Realizar procedimentos administrativos referentes às infrações sanitárias, quando lotado no serviço de vigilância;
- Realizar, capacitar e supervisionar a coleta e transporte de material biológico (sangue, secreções nasofaríngeas, fezes, urina, entre outras) de pacientes suspeitos de doenças transmissíveis e/ou agravos inusitados à saúde, bem como garantir o adequado acondicionamento e transporte de materiais biológicos coletados até seu destino final;
- Assessorar tecnicamente e zelar pelo cumprimento de normas técnicas quanto à indicação de aplicação de imunobiológicos especiais, conforme programa nacional de imunização/centro de referência em imunobiológicos especiais, na rede de saúde do município;
- Planejar, organizar campanhas de vacinação extramuros (escolas, creches, domicílio, praças, entre outros);
- Solicitar exames estabelecidos pelos programas (protocolados e aprovados pela instituição e o COREN-SP);
- Preparar e administrar medicamentos prescritos;
- Prescrever medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde (protocolados e aprovados pelo COREN-SP);

- Prestar assessoria técnica específica, conforme necessidade do serviço. Provisionar e solicitar materiais, produtos e insumos necessários ao desenvolvimento de suas atividades;
- Contribuir no planejamento, implementação e análise de inquéritos e estudos epidemiológicos, com base em critérios técnicos e científicos;
- Processo de compras: participar da elaboração de normas administrativas e requisitos técnicos que irão compor o edital; contribuir na formulação de especificações para aquisição de produtos e serviços de sua área de atuação; emitir parecer técnico dos processos de compras relacionados a sua área de atuação; elaboração de planilhas de produtos para aquisição;
- Cumprir as prerrogativas previstas no decreto 94.406/1987 que dispõe sobre o exercício da enfermagem e regulamenta a lei 7498/1986, código de ética dos profissionais da enfermagem.

#### **7.2.5 Fonoaudiólogo**

- Prescrever e aplicar atividades terapêuticas fonoaudiológicas;
- Desenvolver formas alternativas de comunicação que contribuam para a inclusão social do indivíduo;
- Trabalhar com a comunicação expressiva do paciente;
- Realizar orientação e capacitação aos cuidadores e familiares para continuidade da atenção domiciliar;
- Realizar intervenção preventiva nas diversas áreas da fonoaudiologia;
- Proporcionar a habilitação e reabilitação com enfoque primordial na linguagem (oral e escrita) visando ao aprimoramento da comunicação, e a promoção da aprendizagem;
- Orientar familiares quanto aos aspectos da comunicação (estimulação de fala, linguagem e aprendizagem; e do fortalecimento de vínculos;

- Coletar informações quanto ao desempenho do usuário no ambiente familiar e escolar, bem como sobre o estímulo para inclusão do paciente nas demais instituições;
- Contribuir para a integração da sala de apoio no ambiente escolar;
- Promover discussões permeadas pelo tema linguagem; contribuir para adequação da sala de aula de acordo com as necessidades do aluno.

#### **7.2.6 Médico**

- Prestar atendimentos a todos os pacientes, sem restrição de idade;
- Agendar até três pacientes por hora;
- Compor a escala de atividades fixas da Unidade;
- Orientar pacientes, familiares, profissionais e eventuais órgãos;
- Estabelecer a hipótese diagnóstica e conduta nos atendimentos realizados;
- Realizar exame e/ou procedimentos de urgência compatíveis com as necessidades do paciente;
- Prescrever, orientar, aplicar medicamentos e acompanhar o processo de tratamento, realizando alterações nos procedimentos ou medicamentos; Solicitar transferências, internações e cirurgias. Indicar médico especialista para acompanhar o caso, se necessário;
- Marcar retornos;
- Solicitar exames;
- Cumprir normas complementares de biossegurança e segurança;
- Provisionar e solicitar materiais, produtos e insumos necessários ao desenvolvimento de suas atividades;



- Notificar a vigilância sanitária diante de casos de doenças infectocontagiosas, contaminação por alimentos ou demais produtos que possam se alastrar para população local ou municipal;
- Registrar todos os atendimentos em prontuários;
- Elaborar protocolos de condutas médicas;
- Emitir relatórios, pareceres e declarações;
- Fornecer atestados quando o paciente estiver impossibilitado de trabalhar;
- Avaliar e adequar o calendário vacinal dos pacientes;
- Realizar visitas de apoio técnico às unidades de saúde;
- Colaborar tecnicamente, conforme legislação vigente, nas ações de vigilância epidemiológica e de imunização desenvolvidas pelo município, definindo normas internas, sempre com embasamento em normas legais e técnicas;
- Colaborar tecnicamente com a equipe de vigilância epidemiológica na tomada imediata de medidas para contenção de epidemias e/ou de investigação epidemiológica, em todos os casos que se fizer necessário, envolvendo doenças e/ou agravos inusitados à saúde, que possam potencialmente representar riscos à saúde da coletividade;
- Avaliar dados epidemiológicos e elaborar boletins periódicos;
- Executar, investigar, conferir e analisar dados referentes aos sistemas de informação: SIM (sistema de mortalidade), SINAN (sistema de notificação de doenças e agravos), SINASC (sistema de nascidos vivos) e outros;
- Orientar por telefone o acompanhante e/ou o próprio paciente dos procedimentos emergenciais que podem ser realizados até receber o socorro;
- Designar e solicitar o mais rápido possível o veículo móvel e equipe de saúde necessária para se realizar o atendimento ou transporte adequado do paciente;
- Zelar pelo transporte correto do paciente até o local de atendimento.

### **7.2.7 Psicólogo**

- Realizar assistência psicológica à população geral e aos grupos específicos;
- Realizar avaliação e acompanhamento de intercorrências;
- Programar e distribuir as atividades gerais da equipe;
- Preparar e coordenar grupos de discussão e estudos;
- Realizar atividades extra-muro de promoção à saúde;
- Realizar levantamentos estatísticos;
- Cumprir os prazos para encaminhamento de dados, informações, fichas de atendimento, relatórios, boletins e outros documentos aos órgãos superiores, garantindo a qualidade destes e avaliando seus resultados.

### **7.2.8 Servente de Limpeza**

- Executar tarefas de limpeza e manutenção;
- Efetuar varrição de todos os ambientes e entorno dos prédios;
- Lavar, limpar e secar os ambientes e entorno dos prédios, com material de limpeza adequado;
- Lavar banheiros/sanitários, azulejos, pias e vasos sanitários;
- Repor materiais de higiene pessoal nos sanitários;
- Tirar pó de todos os ambientes e objetos, incluindo ventiladores;
- Limpar mesas, janelas, paredes, portas, divisórias, armários, entre outros;
- Aplicar cera nos pisos. (outros ambientes de trabalho);
- Recolher e alocar o lixo adequadamente;
- Identificar a falta de materiais de limpeza e informar ao superior.

### **7.2.9 Técnico Administrativo**

- Auxiliar na organização e no controle administrativo da Seção/Divisão;
- Realizar procedimentos administrativos da Seção/Divisão;
- Elaborar ofícios, memorandos, despachos, relatórios, documentos diversos, etc;
- Imprimir e fotocopiar documentos;
- Conferir, organizar, localizar e arquivar documentos/processos;
- Controlar a entrada, saída, localização e arquivamento de documentos/processos;
- Criar e organizar arquivos eletrônicos. Realizar, organizar e atualizar cadastros ou recadastramentos de dados. Realizar controle de agendamentos, escalas e demais documentos diversos. Solicitar materiais necessários a Seção/Divisão;
- Atender ao telefone e ao público interno;
- Receber e enviar informações por correio eletrônico;
- Elaborar minutas de convênios e contratos;
- Elaborar objetos nos processos de compras de consumo ou contratação de serviços;
- Receber, analisar e instruir pedidos de benefícios previdenciários e os que venham a existir, nos termos da legislação vigente;
- Controlar e registrar a frequência/afastamentos dos servidores (abono, férias, licenças, etc.);
- Registrar produtividade da Seção/Divisão a qual pertencer;
- Fornecer informações referentes à área administrativa da Seção/Divisão.

### **7.2.10 Técnico de Enfermagem**

- Executar o trabalho técnico de assistência de enfermagem, atuando sob supervisão do enfermeiro, atendendo às atribuições descritas no Decreto 94.406/1987, na Lei 7498/1986, e no Código de Ética dos profissionais da Enfermagem;
- Realizar procedimentos administrativos referentes à enfermagem, por meio de preenchimento de planilhas, contato telefônico, entre outros;
- Prestar cuidados de higiene pessoal e conforto, prevenindo complicações;
- Auxiliar no preparo para exames, consultas, procedimentos e tratamentos em serviços internos e externos à Secretaria de Saúde;
- Auxiliar o usuário na deambulação, movimentação, alimentação, hidratação, necessidades básicas e eliminações fisiológicas;
- Promover e assegurar a segurança do paciente;
- Anotar as ações de enfermagem executadas e cumprir prescrições da assistência de enfermagem (SAE) e médica;
- Realizar contenção física mediante prescrição médica e sob a orientação do enfermeiro;
- Preparar e administrar medicamentos e soroterapia, conforme prescrição médica aos pacientes;
- Realizar acolhimento do paciente observando, reconhecendo, descrevendo e anotando os sinais e sintomas sugestivos de anormalidades durante o atendimento;
- Orientar paciente na pós-consulta, quanto ao cumprimento das prescrições de enfermagem e médicas e encaminhamentos;
- Realizar visitas e acompanhamento domiciliar dos usuários assistidos pelo SUS quando necessários e recepcionar, admitir e auxiliar o enfermeiro nas orientações de alta;
- Executar atividades de limpeza, desinfecção, esterilização do material e equipamento, bem como o seu preparo e armazenamento;

- Zelar pela ordem, reposição e conservação do material e equipamentos, referentes a assistência de enfermagem conforme rotina do serviço;
- Prestar auxílio ao enfermeiro junto ao sistema de regulação (CROSS/SAMU);
- Auxiliar na organização de artigos, envio e recebimento de documentos pertinentes à sua área de atuação assegurando a qualidade dos dados;
- Realizar busca ativa no território;
- Realizar limpeza concorrente e terminal em enfermarias e outros ambientes de atendimento ao paciente;
- Manter sigredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional, exceto casos previstos em lei, ordem judicial, ou com o consentimento escrito da pessoa envolvida ou de seu representante legal;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento dos serviços;
- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
- Cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da atenção básica vigente desde o primeiro contato com a Unidade.

### **10.3.12 Terapeuta Ocupacional**

- Atender os pacientes individualmente e/ou em grupos
- Realizar avaliações e testes referentes à área da Terapia Ocupacional (avaliação do desempenho ocupacional; avaliação dos componentes de desempenho ocupacional; avaliação para prescrição de recursos e dispositivos terapêuticos; avaliação ergonômica; entre outras);
- Prescrever e aplicar atividades terapêuticas ocupacionais facilitadoras;

- Executar análise de posto de trabalho ou do domicílio do paciente, assim como acompanhamento escolar, realizando intervenções, quando necessário (disposição dos móveis, mudanças de funções e ferramentas de trabalho, adaptações, etc);
- Formar grupos e/ou oficinas terapêuticas;
- Desenvolver junto ao paciente estratégias de ocupações;
- Realizar levantamentos epidemiológicos, identificando os aspectos a serem trabalhados e delimitando a população alvo;
- Buscar parcerias extra-muro;
- Realizar identificação das atividades produtivas da população;
- Realizar análise da situação de riscos à saúde;
- Fortalecer e articular as ações de vigilância em saúde;
- Notificar os agravos relacionados ao trabalho no Sinan e emissão de relatórios, quando necessário.

## **8 Redes**

A saúde organizada em Redes, especificamente no tocante à atenção psicossocial, poderá alcançar:

- Articulação de diferentes projetos em torno de várias problemáticas/ temáticas junto à atenção básica com vistas à integralidade;
- Envolvimento da equipe da atenção básica e de Estratégia de Saúde da Família (ESF) no trabalho de educação permanente para o desenvolvimento de projetos e para a consecução da atenção básica como espaço de acolhimento, servindo de retaguarda às ações psicossociais para inserção das pessoas atendidas no território intersetorialmente;
- Acompanhamento de pessoas ao longo da Rede de atenção em saúde em geral, no tocante à dimensão psicossocial envolvida nos problemas de saúde.

## Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: Clínica ampliada e compartilhada* – 1. ed. 1. DF: Ministério da Saúde, 2010a.
- SCARCELLI, I. R.; ALENCAR, S. L. S. Saúde Mental e Saúde Coletiva: intersectorialidade e participação em debate. *Cad. Bras. Saúde Ment.*, v. 1, p. 1-9, 2008.
- MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial*. DF: Imprensa Nacional, 2010b
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002*. Estabelece 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. DF: Diário Oficial da União, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3, de 28 de setembro de 2017*. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. DF: Diário Oficial da União, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 06 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. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 06 abr. 2001.
- AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G.. “De volta à cidade, sr. cidadão!” - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. *Rev. Adm. Púb.* v. 52, n. 6, p. 1090–1107, 2018.
- CARNUT, L.; FERRAZ, C. B. Necessidades em(de) saúde: conceitos, implicações e desafios para o Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*, v. 45, n. 129, p. 451–466, 2021.
- OLIVEIRA, P. S. et al. Apoio matricial em saúde mental infantojuvenil na Atenção Primária à Saúde: pesquisa intervenção socioclínica institucional. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 55, p. e03731, 2021.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Referências técnicas para a atuação de Psicólogas (os) no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial*. Brasília: CFP, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006*. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. DF: Diário Oficial da União, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: Clínica ampliada e compartilhada* – 1. ed. 1. DF: Ministério da Saúde, 2010c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial no âmbito do Sistema Único de Saúde. DF: Diário Oficial da União, 2011.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Soc. Cult.*, v. 3, n. 1/2, p. 51-74, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012. Altera, na Tabela de Procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do SUS os atributos dos procedimentos especificados. Brasília, 2012.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G.. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psicol. clín.*, v. 27, n. 1, p. 17-40, 2015.

CRUZ, N.; DELGADO, P.; GONÇALVES, R. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trab. Educ. Saúde [online]*, v. 18, n. 3, p.1-20, 2020.

CARRANO, P. Educação de Jovens e Adultos e Juventude: o desafio de compreender os sentidos da presença dos jovens na escola da "segunda chance". [S.L.] *Rev. Educ. Jovens Adultos*, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. DF: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção psicossocial a crianças e adolescente no SUS: tecendo redes para garantir direitos. Brasília: MS, 2014.

PÍCARO, I. M. *História da Saúde Mental*. Bauru: PMB, 2007.

AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU. *Protocolo de atendimento à vítima de violência sexual*. Bauru: Diário Oficial de Bauru, 2022.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU; APAE; SORRI. *Protocolo de encaminhamentos: Rede CER Bauru*. Bauru: Diário Oficial de Bauru, 2023a.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU. *Protocolo e fluxos de encaminhamento à equipe multiprofissional especializada em saúde mental*. Bauru: Diário Oficial de Bauru, 2023b.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU. Plano Municipal de Saúde de Bauru 2022-2025. Bauru: Diário Oficial de Bauru, 2021.



GONÇALVES, L. G.; CALIMAN, L. V.; CÉSAR, J. M.. Participação Infantil no Cuidado em Saúde Mental: Um Grupo GAM no CAPSi. *Psicol. ciênc. prof.*, v. 41, 2021.

PICHON-RIVIÈRE, E. *O processo grupal*. Trad. VELLOSO, M. A. F.; GONÇALVES, M. S. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)*. Brasília: CFP, 2022.

RIBEIRO, L. A.; MARIN, L. L.; SILVA, M. T. R. Atividades grupais em saúde mental. *Rev. Baiana Enferm. [Internet]*. v. 28(3):283-93, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caminhos para uma política de saúde mental infante-juvenil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia de Vigilância em Saúde*. 5ª edição revisada e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2022b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Instrutivo Técnico da Rede de Atenção Psicossocial – Raps – no Sistema Único de Saúde – SUS*. Brasília: Ministério da Saúde. 2022a

REIS, L. B.; PEREIRA, C. M. Percepções de Familiares sobre uma Rede de Cuidados de Saúde Mental Infantojuvenil. *Psicol. Ciênc. Prof.*, v. 43, p. e254081, 2023.

GUEDES, C. A. et al. Transferência de cuidados: processo de alta dos usuários de um centro de atenção psicossocial. *Rev. Eletr. Enferm.* 19:a42, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) – CGIAE – DASNT– SVS/MS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BONTEMPO, V. L. Extrapolando os muros do Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil/CAPSi. *CliniCAPS*, 3(9), 1-8, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS n. 196/96, 303/2000 e 404/2008. DF: Diário Oficial da União, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica de saúde mental para organização da rede de atenção à saúde com foco nos processos da atenção primária à saúde e da atenção especializada. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. O que é e como funciona: o conselho gestor no SUS, 2016.

## A2 - Cronograma de discussões para a elaboração do presente Projeto Técnico

Data	Pauta
10/2023 11/2023	- Discussões preparatórias
12/2023 01/2024	- Discussão e adequação das propostas
11/12 - 11-13h	Modalidades de assistência: Matriciamento <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definição</li> <li>- Funcionamento</li> <li>- Cronograma</li> <li>- Carro próprio</li> </ul>
12/12 - 11-13h	- Panorama: Legislação e políticas vigentes - Panorama: Princípios e funções do CAPSij - Panorama: Modalidades de assistência - Panorama: Equipe mínima e quantitativo de atendimentos
13/12 - 11-13h	Equipe Técnica: Revisão de Atribuições
14/12 - 11-13h	Equipe Técnica: Revisão de Atribuições
15/12 - 11-13h	Equipe Técnica: Revisão de Atribuições
18/12 - 11-13h	Modalidades de assistência: Acolhimento e Triagem <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definição</li> <li>- Funcionamento</li> <li>- Periodicidade</li> </ul>
19/12 - 11-13h	Modalidades de assistência: Avaliação Psicossocial e Avaliação Clínica <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definição</li> <li>- Funcionamento</li> </ul>

	- Periodicidade
20/12 - 11-13h	PTS: Critérios para elaboração de PTS PTS: Intensivo, Semi, e Não-intensivo
26/12 - 11-13h	PTS: Atendimento individual e Atendimento Familiar
27/12 - 11-13h	PTS: Grupos
28/12 - 11-13h	-
29/12 - 11-13h	PTS: Contato telefônico, Encerramento e Interrupção de PTS - Definição - Funcionamento - Critérios
03/01 - 11-13h	PTS: Visita Domiciliar e Interconsulta - Definição - Funcionamento - Periodicidade Equipe Técnica: Reuniões de Equipe Modalidades de assistência: Conselho Gestor
04/01 - 11-13h	Modalidades de assistência: Oficinas e Atividades Sociocomunitárias - Definição - Funcionamento - Cronograma
05/01 - 11-13h	Modalidades de assistência: Formações (internas e externas) - Definição - Funcionamento - Cronograma Modalidades de assistência: Preceptorial de Estágios - Definição - Funcionamento - Periodicidade

08/01 - 11-13h	<p>Modalidades de assistência: Registro em Prontuário Físico e Eletrônico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Padronização</li> <li>- “Colinhas”</li> </ul>
09/01 - 11-13h	<p>Modalidades de assistência: Documentos (critérios de uso)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Declaração de Prontuário</li> <li>- Declaração de Comparecimento</li> <li>- Relatório de Atendimentos</li> <li>- Atestado Médico</li> <li>- Cópia de Prontuário</li> </ul> <p>Modalidades de assistência: Encaminhamento responsável</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definição</li> <li>- Funcionamento</li> </ul>
10/01 - 11-13h	<p>PTS: Protocolo de Risco e Internação (critérios, atribuições)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definição</li> <li>- Funcionamento</li> <li>- Critérios</li> </ul> <p>PTS: Medicação</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definição</li> <li>- Funcionamento</li> </ul>
12/01 - 11-13h	<p>Redes: Protocolo de Violência e Linha de Cuidado</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Escuta Especializada</li> </ul>
16/01 - 11-13h	<p>Redes: SUAS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CRAS</li> <li>- CREAS</li> </ul> <p>Redes: Conselho Tutelar e SAICA</p> <p>Redes: CMDCA, Ministério Público</p>
17/01 - 11-13h	<p>Redes: Educação</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enc.</li> <li>- Faltas</li> <li>- Violência</li> </ul>

	Redes: Cultura e Esporte
18/01 - 11-13h	Redes: Atenção Primária (Atividades as quais podem ser desenvolvidas com as Unidades)
19/01 - 11-13h	Redes: Atenção Secundária (‘‘) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Policlínica</li> <li>- CTA</li> <li>- CRMI</li> <li>- Casa da Mulher</li> <li>- Urgência e emergência</li> <li>- CER</li> </ul> Redes: Atenção Terciária
22/01 - 11-13h	Revisão atividades 2024 <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cronograma Oficinas</li> <li>- Cronograma Matriciamento</li> <li>- Cronograma VD</li> <li>- Cronograma Sociocomunitária</li> <li>- Cronograma Formações</li> <li>- Acordo terapêutico para usuários</li> </ul>

## **B - Programação 2024 (não incluso)**

### **C- Roteiro de acolhimento Inicial**

#### *Sobre o processo de acolhida*

O atendimento objetiva proporcionar a escuta ativa e tratar, dentro das condições que o usuário apresenta, sobre a acessibilidade da Rede e dos dispositivos dos quais este mais se beneficiaria (ex.: Atenção Básica, Assistência Social, Comunidade, Associações de Bairro, Educação Especial, Ouvidoria, etc)..

A escuta e as orientações devem ser realizadas de modo que usuário e seus familiares sintam-se seguros para expressar dificuldades, posicionamentos e dúvidas.

Destaca-se a importância de:

- chamar o usuário por nome e pronomes pelos quais este optar na ocasião do atendimento;
- atentar-se às próprias reações diante de atitudes do usuário;
- manter em vista que os cuidados com a pessoa em sofrimento podem envolver sentimentos, preconceitos, estigmas e tantos outros significados para familiares;
- preservar a privacidade e respeitar as condições do usuário em abordar temas potencialmente sensíveis a este e seus familiares, especialmente no primeiro contato.

É indispensável analisar criticamente a realidade, e contribuir para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência e opressão.

Independente das demandas identificadas, caso sejam solicitadas maiores informações acerca do funcionamento da Unidade, pode-se indicar o comparecimento aos grupos de orientação, cujas datas constam no “Caderno Amarelo”, localizado na Recepção.

#### *Consultas com a equipe e com outros pontos de atenção*

Caso seja identificada necessidade de consultar terceiros sobre as possibilidades de encaminhamento e conduta, o profissional poderá informar ao usuário e responsáveis que entrará em contato após a realização de articulação intra e/ou intersetorial para tratar sobre os próximos passos.

#### *Encaminhamentos*

Os encaminhamentos serão feitos após processo de acolhimento. Quando concluídos, os usuários e seus responsáveis serão informados via contato telefônico.

#### *Sobre demandas de alta complexidade*

Ao identificar necessidade de averiguar histórico de crises agudas com prejuízos graves à saúde, associados a risco de vida, recomenda-se o uso do instrumento de entrevista semi estruturada que consta no Anexo 1.

Nestes casos, é necessário o agendamento de Grupos de Orientação sobre o serviço. Não é necessário comparecimento prévio ao Grupo de Orientação e/ou Construção de PTS para agendamento de Avaliação Médica e/ou indicação de retorno em Acolhimento/Grupo de Acolhida.

## **D - Roteiro de orientações sobre o serviço**

### *O que é o CAPSij? - Dados gerais*

- Alternativa à institucionalização, a qual prevê medidas de curto e de longo prazo;
- Atualmente, a unidade conta com uma equipe de 10 técnicos;
- A cidade possui cerca de 74 mil jovens com 5 e 19 anos;
- Atendemos a população de 3 a 18 anos incompletos.

### *Onde atuamos? - Funções*

- O CAPS possui papel ordenador e assistencial;
- Atuamos com UBS, Hospitais, Rede CER, CRAS, CREAS, CT, Escolas Estaduais e Municipais, Universidades, Centros de Convivência, dentre outros pontos de atenção;
- As atividades, desempenhadas dentro e fora da Unidade, são fundamentalmente coletivas;
- As atividades de ordenação incluem: trabalho com técnicos de postos, CRAS, escolas, dentre outros;
- As atividades assistenciais são transitórias, e envolvem a realização de grupos, oficinas, atividades nos bairros, e atendimento domiciliar;
- Os profissionais do CAPS devem atuar principalmente fora da Unidade para que se possa atingir o máximo de habitantes possível, prevenir agravos, e promover a coletivização de demandas e resoluções;
- Nas dependências da Unidade, acompanhamos usuários os quais apresentam recorrentes crises agudas com prejuízos graves à saúde, associados a risco de vida.

### *Como atuamos? - Atividades fixas abertas oferecidas na Unidade*

- Acolhimento/Grupo de Acolhida
- Conselho Gestor: primeira segunda-feira de cada mês, entre 12h e 13h.

### *Termo de Responsabilidade*

- Sigilo profissional;
- Participação dos responsáveis e/ou figuras de cuidado;
- Convite para participação no Conselho Gestor;
- Atenção à crise.

### *Orientações aos usuários*

- Levantar expectativas, prioridades, interesses, impressões;
- Tratar sobre o direito de sigilo;

- Tratar sobre a participação dos responsáveis e/ou figuras de cuidado;
- Explicar, de maneira adaptada, o que estaria sendo tratado com seus responsáveis no Grupo de Orientação

Após a conclusão do encontro, deve-se indicar aos responsáveis pelos usuários os quais requerem acompanhamento na Unidade que participem de reunião para Construção de PTS para levantamento de expectativas e prioridades, bem como realizar a adoção do Termo de Responsabilidade.

## **E - Orientações para Estagiários**

### **Orientações gerais - Estagiários**

#### *Conduta na Unidade*

- Registrar nome, horários de entrada/saída, curso e assinatura no caderno de estagiários (guardado na recepção)
- Procurar manter silêncio e decoro nas áreas comuns da Unidade (corredores, recepção, sala de espera)
- Estagiários de medicina deverão utilizar no máximo um espaço na Unidade

#### *Conduta durante os atendimentos*

Cada atendimento tem dentre seus objetivos favorecer a formação de vínculo entre a Rede e o usuário. A escuta, bem como as orientações e intervenções decorrentes devem ser realizadas de modo que usuário e seus familiares sintam-se seguros para expressar dificuldades, posicionamentos e dúvidas.

Destacamos a importância de:

- chamar o usuário por nome e pronomes pelos quais este optar na ocasião do atendimento; atentar-se às próprias reações diante de atitudes do usuário;
- manter em vista que os cuidados com a pessoa em sofrimento podem significar um desafio para sua família, podendo envolver sentimentos, preconceitos, estigmas e tantos outros significados;
- preservar a privacidade e respeitar as possibilidades do usuário de abordar temas potencialmente sensíveis a este e seus familiares, especialmente quando se tratar de um primeiro contato com o usuário, no qual deve-se priorizar o acolhimento e contribuir para a manutenção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), estabelecendo uma perspectiva de continuidade do acompanhamento.

É indispensável atuar com responsabilidade social, analisando crítica e historicamente a realidade política, econômica, social e cultural, e contribuindo para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, e opressão. Constituem infração disciplinar quando do exercício de suas funções profissionais praticar



ou ser conivente com quaisquer atos que caracterizem negligência, discriminação, exploração, violência ou opressão.

#### *Registro de atendimento*

É vetado o registro diretamente em prontuário. Deve-se fornecer cópia do registro ao supervisor local para que este possa realizar as correções necessárias e anexar posteriormente ao prontuário.

No registro deverá constar: data, modalidade e definição dos objetivos da atividade, instituição e estágio aos quais o aluno encontra-se vinculado, nome e assinatura do supervisor local, nome e assinatura de todos os estagiários que participaram da atividade;

Ressaltamos a necessidade de:

- utilizar a linguagem formal e os princípios éticos, técnicos e científicos da profissão;
- registrar apenas as informações necessárias relevantes para qualificar o serviço prestado, resguardando o caráter confidencial das comunicações - ex.: relatos de sessão, detalhes do atendimento prestado e demais anotações não são inclusas no prontuário;
- Incluir a conduta adotada durante e após a prestação do serviço, observando os condicionantes históricos e sociais e seus efeitos nos fenômenos identificados - ou seja, manter em vista sua natureza dinâmica, contingenciada e não cristalizada;
- observar o sigilo profissional, identificando riscos e compromissos do alcance do documento elaborado.

Os envolvidos no processo possuem o direito de acessar as informações presentes no prontuário.

Atividades realizadas de forma irregular proporcionam riscos para todos os envolvidos - principalmente para a população assistida - e são passíveis de responsabilização pelo código de ética da profissão, código do consumidor, código civil, código penal, legislação trabalhista e demais dispositivos.

#### *Planejamento de atividades (início do estágio)*

Deverá ser definido junto ao supervisor local um prazo para o envio do planejamento, onde conste:

- período de início e término, cronograma incluindo datas, breve descrição e objetivos das atividades a serem realizadas;
- nome do supervisor local;
- nome e número de inscrição no conselho de classe do professor orientador;
- nome da instituição e do estágio ao qual o aluno está vinculado;
- nome e assinatura de todos os alunos que participaram das atividades.

#### *Relatório final (fim do estágio)*

Ao final do período junto à Unidade, o estagiário terá de enviar um relatório final, onde conste:

- período de início e término das atividades;
- data e breve descrição das atividades realizadas e seus desdobramentos,
- número dos prontuários dos participantes de cada atividade;

- nome do supervisor local;
- nome e número de inscrição no conselho de classe do professor orientador;
- nome da instituição e do estágio ao qual o aluno está vinculado;
- nome e assinatura de todos os alunos que participaram das atividades.

*Leis, Resoluções e Referências relacionadas*

LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990\_ – Estatuto da Criança e do Adolescente

RESOLUÇÃO CFP Nº 006/2019\_ – Regras para a elaboração de documentos escritos produzidos pela Psicóloga e pelo Psicólogo no exercício profissional.

RESOLUÇÃO CFP Nº 001/2009 – Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação de serviços Psicológicos.

RESOLUÇÃO CRP-PR N.º 005/2007 – Normas para preenchimento de prontuários pelos psicólogos dos serviços de saúde.

Portaria GM/MS Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 Regulamenta o funcionamento dos CAPS

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Delfini PSS, Sato MT, Antoneli PP, Guimarães POS. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. Ciênc. saúde coletiva 2009; 14(1).

**F - Termo de Responsabilidade - CAPSij II**

<b>Termo de Responsabilidade - CAPSij II</b>	
<b>Pront.:</b> _____	
<b>Nome:</b> _____	<b>D.N.:</b> _____
<b>Responsável(is):</b> _____	
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ O responsável compreende que deve manter seus dados de cadastro (telefone e endereço de residência) do usuário atualizados;</li> <li>➤ O responsável autoriza o contato telefônico para o fornecimento de informações e orientações;</li> <li>➤ Em caso de faltas: para desmarcar e/ou remarcar atendimentos, o responsável deverá entrar em contato com o CAPSij;</li> <li>➤ O acompanhamento será considerado interrompido em ocasiões de ausência de comparecimento por parte do usuário há, no mínimo, 3 meses;</li> </ul>	

- A Avaliação e a Consulta Médica não necessariamente resultam na prescrição de medicamentos;
- As equipes de saúde possuem obrigação de resguardar o sigilo, privacidade e acolhimento, entre outras garantias éticas, a fim de prover atenção adequada às suas singularidades\*.

Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, declaro estar ciente e de acordo  
com os tópicos listados acima. Bauru, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do(s) responsável(is) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Assinatura do técnico: \_\_\_\_\_

#### **G - Carta de Justificativa: Ausência de TCLE**

#### ANEXO

#### **1- Instrumento de Coleta de Informações Gerais**



---

**Histórico do conflito atual:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

**Desenvolvimento infantil:**

Gestação: \_\_\_\_\_

Parto/Nascimento: \_\_\_\_\_

Amamentação (peito, mamadeira, hábitos de chupeta): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Controle esfíncter: \_\_\_\_\_

DNPM: \_\_\_\_\_ Andou: \_\_\_\_\_

Linguagem: \_\_\_\_\_

Alimentação: \_\_\_\_\_ Sono: \_\_\_\_\_

Saúde clínica (doenças, acidentes, internações, tratamentos, vacinação): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Perfil emocional na infância: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Contexto Familiar** (percepção da criança, relacionamento familiar, inclusão):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Desenvolvimento cognitivo e contexto escolar** (aprendizagem, motivação, frequência, comportamento, percepção escolar):

\_\_\_\_\_

**Contexto social** (qualidade dos relacionamentos, comportamento social, uso de SPAs, condições socioeconômicas e de moradia): \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**Rotina do paciente** (lazer, trabalho, esportes, ocupação do tempo livre, sono e alimentação atual):

---

---

---

---

**Antecedentes familiares** (t. psiquiátricos, de aprendizagem, dependência química, def. intelectual, síndromes e tratamentos): \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**Observações:** \_\_\_\_\_

---

---

**Orientações:** \_\_\_\_\_

---

---

---

**Parecer do caso:** \_\_\_\_\_

**Conduta:** \_\_\_\_\_