



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – IH  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – SER

ANA LUIZA GOMES DE OLIVEIRA

**EVASÃO DE PESSOAS JOVENS ATENDIDAS NO CAPS NA CONTEMPORANEIDADE: UMA  
AVALIAÇÃO A PARTIR DA INTERVENÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL NO CAPS III DE  
SAMAMBAIA-DF**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

BRASÍLIA - DF  
2024

ANA LUIZA GOMES DE OLIVEIRA

**EVASÃO DE PESSOAS JOVENS ATENDIDAS NO CAPS NA CONTEMPORANEIDADE: UMA  
AVALIAÇÃO A PARTIR DA INTERVENÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL NO CAPS III DE  
SAMAMBAIA-DF**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Departamento de Serviço Social – SER da Universidade de Brasília – UnB, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, sob a orientação da Prof. Liliane Fernandes.

BRASÍLIA- DF

2024

**ANA LUIZA GOMES DE OLIVEIRA**

**EVASÃO DE PESSOAS JOVENS ATENDIDAS NO CAPS NA CONTEMPORANEIDADE: UMA  
AVALIAÇÃO A PARTIR DA INTERVENÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL NO CAPS III DE  
SAMAMBAIA-DF**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Departamento de Serviço Social – SER da Universidade de Brasília – UnB, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, sob a orientação da Prof. Liliane Fernandes.

**DEFENDIDO E APROVADO EM 16 DE FEVEREIRO DE 2024**

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof<sup>a</sup>. Liliane Fernandes -SER/UnB Orientadora**

---

**Flavia Jaiane Mendes Justino – SES/DF Membro Externo**

---

**Marianna Nascimento Fernandes - SES/DF Membro Externo**

## RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso tem como proposta fomentar a discussão entre o Serviço Social e a Saúde Mental, buscando compreender a evasão do público jovem dos serviços de Saúde Mental, mais precisamente no Centro de Atenção Psicossocial III de Samambaia, em Brasília-DF. O estudo com base no método qualitativo de pesquisa estruturou-se em dois momentos complementares: O primeiro momento envolveu a revisão literária sobre a temática e a segunda parte constituiu-se do relato de uma experiência de estágio supervisionado em Serviço Social realizada em unidade de saúde, o Centro de Atenção Psicossocial III de Samambaia, no Distrito Federal, no ano de 2022. Dessa forma, foi utilizado neste trabalho referencial teórico acerca das políticas de saúde, Saúde Mental e da legislação sobre atenção e serviços psiquiátricos com o intuito de compreender melhor a evolução da reforma psiquiátrica. Além disso, o trabalho busca destacar a importância do profissional (Assistente Social) numa instituição de tratamento do sofrimento psíquico, visando um melhor atendimento. Assim, este trabalho discute os fatores que podem influenciar a frequência e permanência do público juvenil nos serviços de Saúde Mental. Diante disso, foi possível determinar fatores que influenciam a frequência e permanência dos jovens nos CAPS para tratamento psicológico. Fatores que vão desde as raízes dos transtornos mentais na infância e adolescência até as complexidades socioeconômicas, o papel da família, dos amigos e da sociedade, compreendemos os desafios enfrentados por esses jovens e a urgência de políticas direcionadas a essa população vulnerável. Além das altas taxas de transtornos mentais na juventude, aliadas à escassez de intervenções eficazes precoces, destaca-se a necessidade de um acesso mais amplo e simplificado aos serviços de saúde mental e a família que desempenha um papel fundamental na rede de apoio, mas pode tanto proteger quanto contribuir para os desafios enfrentados pelos jovens. Por fim, o compromisso dos terapeutas e Assistentes Sociais que devem trabalhar em conjunto, estabelecendo relações de confiança para evitar o abandono do tratamento.

**Palavras-chave:** Serviço Social; Saúde Mental; Centro de Atenção Psicossocial.

## ABSTRACT

The purpose of this course conclusion work is to foster the discussion between Social Work and Mental Health, seeking to understand the evasion of young people from Mental Health services, more precisely at the Psychosocial Care Center III of Samambaia, in Brasília-DF. The study, based on the qualitative research method, was structured in two complementary moments: The first moment involved a literature review on the theme and the second part consisted of the report of a supervised internship experience in Social Work carried out in a health unit, the Psychosocial Care Center III of Samambaia, in the Federal District, Brazil. in the year 2022. Thus, a theoretical framework on health policies, Mental Health and legislation on psychiatric care and services was used in this work in order to better understand the evolution of psychiatric reform. In addition, the work seeks to highlight the importance of the professional (Social Worker) in an institution for the treatment of psychic suffering, aiming at better care. Thus, this paper discusses the factors that can influence the frequency and permanence of young people in Mental Health services. In view of this, it was possible to determine factors that influence the frequency and permanence of young people in CAPS for psychological treatment. Factors ranging from the roots of mental disorders in childhood and adolescence to socioeconomic complexities, the role of family, friends and society, we understand the challenges faced by these young people and the urgency of policies aimed at this vulnerable population. In addition to the high rates of mental disorders in youth, coupled with the scarcity of effective early interventions, there is a need for broader and simplified access to mental health services and the family, which plays a key role in the support network, but can both protect and contribute to the challenges faced by young people. Finally, the commitment of therapists and Social Workers who must work together, establishing relationships of trust to avoid treatment abandonment.

**Keywords:** Social Work; Mental Health; Psychosocial Care Center.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CAPS AD: Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas.

CAPS i: Centro de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência.

CAPS II: Centro de Atenção Psicossocial II.

CAPS III: Centro de Atenção Psicossocial III.

CONEP: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

CERSAMs: Centros de Referência em Saúde Mental

DINSAM: Divisão Nacional de Saúde Mental.

ECA: Estatuto da Criança e do Adolescente.

MTSM: Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental.

NAPS: Núcleo de Acompanhamento Psicossocial.

RAPS: Rede de Atenção Psicossocial.

SUS: Sistema Único de Saúde.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>METODOLOGIA DE PESQUISA.....</b>	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO 1: A HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....</b>	<b>13</b>
1.1 História da “loucura” e da reforma psiquiátrica no Brasil.....	15
1.2 Trajetória da Saúde Mental no Brasil.....	17
1.3 Serviço Social e Saúde Mental.....	20
<b>CAPÍTULO 2: POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL.....</b>	<b>24</b>
2.1 Marco Histórico dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na Política de Saúde Brasileira e Atuação Profissional do Assistente Social.....	27
<b>CAPÍTULO 3: TRABALHO REALIZADO NO CAPS III DE SAMAMBAIA.....</b>	<b>31</b>
3.1 Fatores que influenciam a frequência de jovens no CAPS.....	38
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>44</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>46</b>
<b>ANEXO I.....</b>	<b>52</b>

## INTRODUÇÃO

No Brasil, a Política de Saúde só foi garantida como um direito universal a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), legitimado pela Constituição Federal de 1988. Seguindo esse contexto e de acordo com a constituição:

“A saúde é reconhecida como um direito que pertence a todos e uma responsabilidade do Estado, assegurado por meio de medidas sociais e econômicas voltadas para a diminuição dos riscos de doenças e outros agravos, bem como para o acesso universal e equitativo a ações e serviços que promovam, protejam e restabelecem a saúde” (BRASIL, 1988, art. 196, p. 83).

Na Política de Saúde, o Serviço Social é uma profissão que de forma multidisciplinar, para viabilizar direitos, tem esse horizonte ético de intervir e assim o/a assistente social age como um intermediário, entre necessidades da população e oferta de serviços públicos. A profissão visa assegurar o acesso aos direitos sociais previstos na Constituição Federal, nela fica estabelecido:

“O direito à saúde, à educação, à alimentação, ao trabalho, à moradia, ao transporte, ao lazer, à segurança, à previdência social, à proteção à maternidade, à infância, e à assistência aos desamparados, conforme previsto na Constituição Federal de 1988” (BRASIL, 1988).

De acordo com informações do Ministério da Saúde (2002), os direitos dos cidadãos, à saúde, se compreendem não só em sua promoção, proteção e prevenção de agravos, mas também engloba o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, visando desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades. São serviços que podem ser encontrados com gratuidade nas unidades de tratamento de Saúde Mental como os Centros de Atenção Psicossocial. O Ministério da saúde ressalta que:

No Brasil, o primeiro centro foi inaugurado em 1986, na cidade de São Paulo, sendo oficialmente criado pela Portaria GM 224/92. Contudo, a regularização efetiva ocorreu apenas com a Portaria n.º 336/GM, em 19 de fevereiro de 2002, quando passaram a integrar a rede do Sistema Único de Saúde (SUS) (Ministério da Saúde, 2004, p. 12).

Neste sentido, o tema, juventude e uma possível evasão dos serviços públicos de saúde, de forma particular, os serviços de Saúde Mental ofertados por meio do CAPS, se tornou a motivação para a redação deste trabalho. De fato, surgiu do interesse profissional após o início de estágio supervisionado obrigatório do curso de serviço social da Universidade Federal de Brasília (UnB), no Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III) de Samambaia, Brasília-DF.

A motivação, o interesse para construir este trabalho é proveniente da experiência adquirida com o campo de estágio no CAPS III em Samambaia-DF, o desenvolvimento de um projeto de intervenção, a observação e o comportamento das pessoas, assim como a participação e realização de grupos terapêuticos e atendimentos individuais, por meio do estágio, além do convívio com outros profissionais da saúde e a realização do projeto de intervenção que teve como público os jovens de 18 a 25 anos da instituição.

Este tema é de relevância acadêmica e social, uma vez que busca compreender as possíveis barreiras que impedem o acesso ativo deste público jovem aos serviços de Saúde Mental do CAPS III, no Distrito Federal. Tem como objetivo geral elaborar uma análise sobre os desafios e as motivações que levam a baixa adesão que podem ter impactos negativos significativos na vida desses jovens em busca de cuidados e tratamentos adequados no serviço de Saúde Mental do CAPS.

Neste trabalho de conclusão de curso foi discutida, como um objetivo específico, a atuação do serviço social no espaço do CAPS e no enfrentamento do que parece ser um problema persistente entre o público juvenil que precisa de assistência em Saúde Mental: a evasão, ou abandono do tratamento, ou de cuidados. Juntamente com uma equipe multidisciplinar, o profissional deve atuar na promoção do bem-estar, igualdade e garantia ao acesso aos direitos sociais e serviços de qualidade para a população em tratamento (Ministério da saúde, 2004).

Entretanto, é necessário reconhecer que, além de uma abordagem humanizada que reconheça as necessidades e dificuldades específicas dos jovens, há determinantes sociais em relação à saúde que impactam na vida dessa população.

Barreiras sociais como a posição na hierarquia social pode influenciar no que se refere ao acesso a recursos e oportunidades uma vez que pessoas com classes sociais mais baixas tendem a enfrentar desafios como: a falta de acesso ao transporte, e a condições habitacionais como moradia adequada e saneamento básico ou informações a serviços de saúde oferecidos pelo governo, além da falta de relações sociais e uma rede de apoio familiar que pode gerar um desinteresse na participação ativa no fluxo do CAPS. Esta foi uma das constatações obtidas por meio da participação e observação do cotidiano da unidade de saúde na qual foi

realizado o estágio. A omissão de apoio familiar pode afetar negativamente o processo do tratamento do paciente, além disso, essa falta de apoio pode se manifestar de diversas maneiras, sendo elas a inexistência de compreensão acerca do problema, os conhecimentos sobre unidades de Saúde Mental especializadas para o tratamento e os serviços disponíveis, a ausência de compreensão sobre os transtornos mentais e a estigma associado à doença.

Dentre essas maneiras pode-se incluir um déficit de comunicação entre o jovem e a família, onde muitas vezes o diálogo é limitado ou até mesmo inexistente no ambiente familiar. Sendo assim, o encorajamento e o apoio emocional podem ser fatores que influenciam o jovem a buscar tratamento com um profissional adequado.

Diante desse cenário, foi realizada uma revisão bibliográfica que abordou os estudos e pesquisas relevantes apresentados nos três capítulos, abordando o surgimento da Política de Saúde Mental no Brasil, um pouco da história do sofrimento psíquico para melhor compreensão de como surgiu o entendimento do problema e a trajetória da Reforma Psiquiátrica.

Esta monografia está organizada em três capítulos e tem como objetivos elaborar uma análise sobre os fatores que influenciam a baixa adesão de jovens, com sofrimento mental, no serviço do CAPS. Além disso, se dedicou a Compreender a construção e trajetória da política de Saúde Mental no Brasil, buscando entender um pouco da história para que se possa chegar ao tema do trabalho; Explicar a proposta dos centros de atenção psicossocial e uma análise de como é a atuação do assistente social em um centro de atenção psicossocial (CAPS); e por fim os principais determinantes que influenciam na falta de engajamento do público em procurar e permanecer no fluxo de tratamento de saúde do CAPS.

Logo, no primeiro capítulo é apresentada esta análise sobre a política de saúde com enfoque na Saúde Mental do Brasil e a história do serviço social como profissão. Já no segundo capítulo, destacou o estudo da política que defende os direitos do público infantojuvenil e o funcionamento de um CAPS, uma medida fundamental para a Saúde Mental futura da pessoa jovem, e relatado os fatores sociais e institucionais observados no estágio que influenciam a baixa adesão dos jovens aos serviços de Saúde Mental. No terceiro capítulo há um percurso sobre um estudo de caso, que de acordo com Gil (2002) “o estudo de caso se caracteriza

como estudo piloto para esclarecimento do campo da pesquisa em seus múltiplos aspectos a experiência de estágio”, e um destaque para o CAPS e a busca para compreender as causas e consequências dessa evasão, levando em conta que a ausência de políticas adequadas, programas de prevenção e promoção da Saúde Mental direcionados aos jovens, e falta de uma rede de apoio afetiva também podem influenciar negativamente.

Neste sentido, é esperado que esse estudo possa contribuir para o avanço da melhoria da prestação de atendimento do Serviço Social no campo da Saúde Mental como ferramenta de promoção de direitos e qualidade de vida. O trabalho tem a intenção de que seja possível, também, contribuir como instrumento teórico e prático para os profissionais do Serviço Social, assim como, para os gestores de política pública, tendo como objetivo principal a análise da melhoria na qualidade de vida dos jovens com serviços que sejam de qualidade.

## **METODOLOGIA DE PESQUISA**

Para dar embasamento teórico ao trabalho, foi realizado uma Análise Documental que de acordo com Gil (2002, p.48) “a pesquisa documental vale-se de materiais que não recebem ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os projetos de pesquisa”, assim a pesquisa documental não se restringe apenas a materiais impressos tendo fontes diversificada.

Este presente trabalho trata-se de um estudo qualitativo, centrado numa reflexão sobre a história da política de saúde do Brasil, com foco na Saúde Mental, e acerca da atuação do Serviço Social na área da Saúde Mental, no relato de experiência há um embasamento em estudo bibliográfico, focado na vivência de estágio supervisionado em Serviço Social, tendo em vista a seriedade destes estudos que serão realizados sobre perspectiva crítico Marxista.

Dessa forma, foram utilizados os documentos de princípios e diretrizes que norteiam a profissão, e o conteúdo deste trabalho tais como: O Estatuto da Criança e do Adolescente (1990); o Código de Ética do Assistente Social (1993); a Sinajuve (2013) e o estatuto da juventude Lei 12.852 de 2013 que considera pessoas jovens entre 15 e 29 anos. Além do relatório de campo de estágio e do diário de campo respeitando o código de ética e artigos referentes à temática citada acima.

Faz-se necessário a realização de um resgate histórico acerca da trajetória dos direitos adquiridos pela população e como esses acontecimentos agregaram na conquista dos direitos das políticas de Saúde Mental, enfatizando a atuação da(do) assistente social na garantia desses direitos em consonância com o Projeto Ético Político da profissão.

Para maiores compreensões serão utilizados os materiais bibliográficos de autores como Cláudio Bertolli (2006); José Bisneto (2007); Michael Foucault (1978); Marilda lamamoto, entre outros autores fundamentais, a fim de dispor de maiores aproximações a complementar o objetivo deste trabalho

Além do resgate histórico da trajetória da Política de Saúde Mental, há também uma busca e compreensão aos serviços dos CAPS em foco o CAPSi que busca explicar o início do tratamento de crianças e adolescentes até que os

indivíduos cheguem em sua maioria e são encaminhados para outras modalidades de CAPS, como o CAPS III relatado neste trabalho.

Assim, como fase final do método utilizado, foram feitos contatos com alguns pacientes do CAPS III, que inicialmente passaram pelo processo de acolhimento como parte das atividades do estágio e do próprio serviço de atendimento em saúde. Devido ao fato de que menos da metade dos pacientes frequentavam um grupo terapêutico, foram feitas diversas tentativas na intenção de fechar o grupo de no mínimo 10 participantes para criar e fomentar o grupo de apoio, algumas sem sucesso. Em seguida, após realizar as buscas ativas através da ficha de prontuários dos pacientes, foi possível realizar o primeiro encontro com os jovens pacientes no decorso da experiência de estágio que esta monografia apresenta sob a forma de análise da experiência e relato de caso.

O relato de caso neste trabalho visa proporcionar uma compreensão detalhada das interações estabelecidas com os pacientes do CAPS III. Este método permite a ilustração de situações específicas, destacando variantes e particularidades que podem não ser capturadas por métodos mais abrangentes. A escolha por relatar casos específicos está relacionada com a busca por uma compreensão mais profunda das experiências vivenciadas pelos jovens pacientes atendidos, respeitando sempre os princípios éticos da confidencialidade e anonimato.

Com isso, ressalta-se que a condução do relato de caso segue as diretrizes éticas apresentadas na Carta Circular da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), item C, conforme o anexo I deste trabalho, que oferece orientações específicas para assegurar a integridade e a responsabilidade na apresentação de casos clínicos. Essa carta circular destaca a importância do respeito aos direitos dos participantes, a necessidade de consentimento informado e a garantia de preservação da identidade por meio da utilização de pseudônimos e da não revelação de detalhes que possam identificar individualmente os envolvidos.

## **CAPÍTULO 1: A HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL**

A história da saúde pública no Brasil começou como um longo processo social e político marcado por lutas, conquistas e transformações. O primeiro marco importante na saúde pública foi no período colonial e imperial, intervalo de tempo marcado pela chegada da família real para o Brasil, onde foram implementadas as primeiras políticas de saúde, buscando uma mão de obra mais saudável e com capacidade para cuidar dos negócios da realeza (Bertolli, 2004).

A nação brasileira era constituída pelos portugueses, pelos imigrantes europeus e principalmente por pessoas indígenas, povos originários e pessoas negras em condições de escravidão no século XIX. Durante esse período, as políticas de saúde eram voltadas para atendimento de doenças epidêmicas, como a febre amarela e a malária, assim como das doenças trazidas pelos imigrantes, como a peste bubônica, a cólera e a varíola (Oliveira, 2012).

Em decorrência da vinda da família real, a colonização e o aparecimento de várias doenças, a chegada dos médicos estrangeiros foi possibilitada. Isso aumentou a preocupação sanitária da população, que antes era dada somente àqueles com boas condições financeiras para pagar um tratamento contra as doenças mais prevalentes da época. Existiam também os curandeiros e pajés que eram responsáveis pelo tratamento de indígenas e negros escravizados. Eles que detinham de alguns conhecimentos, sobre plantas, ervas, rezas e outras crenças utilizadas para tratar as doenças. Esse contexto deu oportunidades para a criação da primeira escola de medicina do país, moldada pelas práticas de ensino dos europeus (Bertolli Filho, 2006).

Bertolli, em seu livro “Uma história da saúde pública do Brasil” (2006), vai destacar a fase da Proclamação da República no Brasil em 1889, onde ocorreram mudanças políticas e administrativas que também impactaram na criação das políticas de saúde no país. Foi no período do governo do presidente Rodrigues Alves (1902–1906), no Rio de Janeiro, que ocorreram transformações urbanísticas e sanitárias, favorecendo a classe rica, fornecendo melhores condições de vida, que incluíam ferramentas urbanistas como encanamento de água, serviços de esgoto e elétricos, além de condições mais saudáveis no ambiente de trabalho (Bertolli Filho, 2006).

Já a população mais pobre continuava a sofrer com as condições precárias de vida. Com o país dando todo o suporte e bem-estar para a população rica, a população pobre acabava ficando em segundo plano em questões de moradia e saúde, o que os tornavam, assim, mais vulneráveis às enfermidades, resultando nas mortes da população, gerando a revolta da vacina. (Bertolli Filho, 2006).

Nomeado, pelo presidente Rodrigues Alves, como diretor de Departamento Nacional da Saúde, Oswaldo Cruz buscou, no ano de 1913, como medida para a erradicação e não proliferação de doenças uma ação sanitária, conduzida por policiais, que consistia na derrubada de prédios(cortiços), invasão de casas para a queimada de roupas e colchões justificando que esses eram os principais foco de ratos e mosquitos causadores de doenças, e também na vacinação obrigatória contra a varíola (Bertolli Filho, 2006).

A revolta da vacina foi um episódio marcante na história do Brasil em 1904. Segundo Santos (2009), a Revolta da Vacina pode ser compreendida como um conflito entre diferentes visões de saúde, poder político e controle social. O autor de “A revolta da vacina: mentes insanas em corpos rebeldes” (Santos, 2009) analisa como essa intervenção médica foi implementada de forma autoritária, com medidas punitivas e agressivas, gerando insatisfação e revolta na população.

Santos (2009) ressalta no texto que a Revolta não foi apenas uma reação à vacinação obrigatória, implementada na cidade por Oswaldo Cruz, que visava acabar com a doenças, mas também uma insatisfação ainda maior contra as condições precárias de vida da população pobre e marginalizada da cidade naquela época.

De acordo com a Fundação Nacional de Saúde, já no período de 1920, sob o comando de Carlos Chagas, surge um marco fundamental da evolução sanitária brasileira, dando um novo conceito aos Serviços de Saúde Pública, foi criado então o Departamento Nacional de Saúde Pública, (Decreto nº 14.189, de 26/1920) (FUNASA, 2017).

Na era Vargas, em 1930, marco inicial da modernização das políticas de saúde no Brasil, foram estabelecidas bases legais e institucionais para a criação de um sistema nacional de saúde pública. Durante esse período, que se estendeu até 1953, diversas medidas foram implementadas para moldar o cenário da saúde no

país. O Departamento Nacional de Saúde (DNS), criado nesse contexto, posteriormente evoluiu para o Ministério da Saúde, em 1953.

### **1.1 História da “loucura” e da reforma psiquiátrica no Brasil**

A história da "loucura" é retratada por Michel Foucault em sua obra "História da Loucura na Idade Clássica" (1978), a partir de uma exploração profunda da evolução do tratamento e imaginário social em torno dos problemas de Saúde Mental. Nesta obra, Foucault (1978) trouxe uma reflexão sobre a existência de uma formulação entre a relação com a “loucura”, mais especificamente a produção da loucura como “alienação mental” e conseqüentemente como “doença mental”, que transforma a experiência que se tinha da loucura na época clássica. O autor vai destacar como era compreendido a loucura e sua ligação com a normas, valores e estruturas de poder de uma sociedade (Foucault, 1978).

Foucault (1978) sustenta a ideia de que na sociedade da Idade Clássica, houve o início do processo de separação de pessoas atingidas por doença mental, então conhecida como “loucura”, através da criação e institucionalização dos asilos, visando a exclusão dos indivíduos com distúrbios mentais do convívio social (Foucault, 1978). Esse movimento foi interpretado como uma estratégia para exercer controle e repressão sobre os pacientes que eram “diagnosticados” com algum distúrbio.

Quanto ao Brasil, acerca da história da Saúde Mental no Brasil, surge a psiquiatria, inicialmente praticada nos asilos e nos hospitais psiquiátricos. Essas instituições, se tornaram espaços de observação e tratamento, alguns desses tratamentos muitas vezes marcados por práticas violentas, além do uso de medicamentos para tratamento das pessoas.

A obra de Foucault (1978) aponta que com o decorrer do tempo o avanço da noção de “loucura” deixou de ser exclusivamente um problema médico e tornou-se uma questão de poder, ou seja, não era mais um problema apenas da área médica, mas sim de autoridades jurídicas. O autor analisa a complexa relação entre razão e desrazão, que para ele são dois conceitos de construções sociais e culturais que se transformaram ao longo do tempo (Foucault, 1978).

Neste contexto, em 1960, se deu o início do movimento de desospitalização e da reforma psiquiátrica no Brasil, buscando a substituição do modelo asilar por um

modelo comunitário e centrado no paciente. Antes disso, na década de 1950 a 1960 o psiquiatra Franco Basaglia ficou conhecido por influenciar o pensamento da reforma psiquiátrica no Brasil, sua abordagem de tratamento psiquiátrico foi uma das pautas da Organização Mundial de Saúde (OMS) que se tornou a abordagem predominante na pauta mundial (Foucault, 1978).

Já na década de 1970, ocorreu um grande marco na história da Saúde Mental no Brasil, trazido pela criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que se tornou um ator fundamental na luta pela reforma psiquiátrica (Ministério da Saúde, 2021). Foi a partir da criação desse movimento que começaram a surgir leis que protegiam os princípios da reforma psiquiátrica, tais como a lei de Paulo Delgado (Lei 6.216 de 1975), que estabeleceu as bases para a reestruturação do modelo assistencial em Saúde Mental e abriu espaço para a criação da Lei N° 10.216 de 2001 que foi aprovada para proteger os direitos das pessoas com transtornos mentais e promover o progresso das reformas psiquiátricas no Brasil (Foucault, 1978).

Para Foucault (1978), a Reforma Psiquiátrica, no Brasil, entre as décadas de 1970 e 1980, foi marcada não só pela desinstitucionalização, mas também pelo fechamento de hospícios e manicômios no decorrer dos anos. Essa reforma teve como uma das ações iniciais a desospitalização, que visava, como prioridade, prevenir as internações inadequadas e evitar o sofrimento vivido pelas pessoas atingidas pelas doenças psíquicas em hospitais psiquiátricos, assim como, reinserir os indivíduos à sociedade, entretanto não era uma ação focada apenas na desospitalização.

De acordo com Amarante (1995) “Estamos falando em desinstitucionalização, que não significa apenas desospitalização, mas desconstrução, ou seja, a superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata” (Amarante, 1995, p.493)

Neste sentido, Amarante buscou compreender em sua obra "Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil", a função social da psiquiatria e suas instituições, e ressaltou que para além de seu papel explicitamente médico-terapêutico, o MTSM, construiu um pensamento crítico no campo da Saúde Mental que permitiu visualizar uma possibilidade de mudança deste modelo a partir do conceito de desinstitucionalização (Amarante, 1995).

## 1.2 Trajetória da Saúde Mental no Brasil

A trajetória da Saúde Mental no Brasil surge em um momento, já destacado na saúde pública do Brasil, no período colonial. As pessoas atingidas por algum transtorno mental que faziam parte de famílias tradicionais e ricas da sociedade carioca, eram tratadas em hospitais das Santas Casas de Misericórdia<sup>1</sup> para que fossem então afastadas do convívio social. Causava um grande espanto e vergonha às famílias abastadas ter em seu convívio um parente que fosse considerado “doente mental” ou, de acordo com o termo utilizado à época, “loucos” (Santos e Miranda, 2015).

De acordo com Santos e Miranda (2015), esses indivíduos considerados “loucos” “eram encaminhados por suas famílias a asilos que eram normalmente organizados e comandados pela Igreja Católica, que se ocupavam também de segregar todos àqueles que fossem considerados nocivos à vida em sociedade com o pretexto de que estariam incomodando a ordem pública” (Santos e Miranda, 2015, p.2).

Isso porque o Estado assegurava, através de leis e decretos, que as pessoas atingidas por doenças mentais fossem segregadas da convivência social com a justificativa de proteger os demais cidadãos.

No século XIX ocorreu a criação dos primeiros hospitais psiquiátricos no Brasil, como o Hospital Pedro II, no Rio de Janeiro, seguindo modelos similares aos europeus. Com a Proclamação da República, o Hospício Pedro II foi desvinculado da Santa Casa de Misericórdia e passou ao domínio da psiquiatria científica, de cunho medicamentoso (Messas, 2008, p.65).

Em 1920 surgiu o Movimento Reformista Psiquiátrico, que questionou o modelo asilar e defendeu a humanização no tratamento de pessoas com transtornos mentais. Segundo o autor Amarante (1995), a psiquiatria brasileira, durante boa parte do século XX, esteve caracterizada pela exclusão, segregação e violação dos direitos das pessoas que sofrem com transtornos mentais.

Em 1937, foi também criada a Lei N° 378, conhecida como "Código de Saúde", a qual reorganizou os serviços de saúde, responsável pelo Departamento

---

<sup>1</sup> As Casas de Misericórdia possuíam, a primeira vista, um caráter religioso, mas, a partir de um olhar mais aprofundado, vê-se que estas funcionavam muito mais como cárceres, pois que os ali internados não possuíam qualquer tratamento humanizador, ao revés, eram tratados miseravelmente, muitas vezes, sem alimentação e higiene necessárias (SANTOS, 1992)

Nacional de Saúde (DNS), consolidando o modelo asilar<sup>2</sup>. Esse modelo asilar era caracterizado por pacientes com doença mental que eram removidos de seus ambientes familiares e de suas comunidades e colocados em instituições isoladas, eram submetidos a tratamentos diferentes do que era proposto originalmente, muitas vezes, métodos terapêuticos usados nos asilos como terapias de choque elétrico, lobotomias, confinamento em solitárias, entre outros (Amarante, 2018).

No Brasil, no final da década de 1970 nasceram as primeiras ações em favor da reforma psiquiátrica brasileira, consequência de um contexto histórico em que se questionou o modelo manicomial da época, visando uma assistência mais humanizada e inclusiva. Influências internacionais, como a reforma psiquiátrica italiana, bem como os movimentos sociais, desempenharam um papel fundamental na construção dessas políticas e a criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (Amarante, 2018). Com a aproximação de diferentes atores envolvidos na questão da Saúde Mental, o principal objetivo do movimento foi o de facilitar a desconstrução do até então atual modelo manicomial.

Para Amarante (2018), a Reforma Psiquiátrica Brasileira propõe o estabelecimento de uma nova relação entre a sociedade, o sofrimento psíquico e as instituições com o objetivo de proporcionar mais um espaço social para tratamento das doenças mentais e promover o aumento da força vital das pessoas que são atingidas por transtornos mentais.

De acordo com Figueiredo, Delevati e Tavares citado por Bismarck (2018), no Brasil, as propostas de reforma alcançaram gradualmente os níveis de Governo, dando origem a diretrizes no campo da Saúde Mental, elaboradas pelo Ministério da Saúde na década de 1980, recomendando tratamento extra-hospitalar, limitando internações, reintegração familiar e promovendo pesquisas epidemiológicas no campo da Saúde Mental (Figueiredo, Delevati e Tavares, 2014).

Ainda segundo Figueiredo, Delevati e Tavares (2014), em 1987 e 1992, duas conferências nacionais relevantes sobre Saúde Mental aconteceram juntamente com o surgimento da Lei Federal n. 8.080, de 1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde, com o objetivo de identificar e divulgar os condicionantes e

---

<sup>2</sup> O termo "modelo asilar ou manicomial" refere-se a uma abordagem histórica no tratamento de transtornos mentais, caracterizada pelo confinamento em instituições asilares, os manicômios. Este modelo, prevalente durante boa parte do século XX, enfrentou críticas devido suas práticas desumanas, isolamento social e estigmatização dos indivíduos. Movimentos de reforma psiquiátrica, destacados por Paulo Amarante, promoveram a transição para abordagens mais humanizadas, baseadas na comunidade, visando a desinstitucionalização e a inclusão social, (AMARANTE, 1995).

determinantes da saúde, formular a política de saúde para promover os campos econômico e social e fazer ações de saúde de promoção, proteção e recuperação, integrando ações assistenciais e preventivas, na Carta de Constituição, promovendo discussões e novas experiências no manejo da doença mental e sofrimento psicológico (Bismarck, 2018).

Um dos pontos defendidos na 8ª conferência nacional de saúde foi o trabalho interdisciplinar, não só a presença de psicólogos e assistentes sociais, mas também a valorização de um grupo diversificado de especialistas. Tais discussões levaram ao surgimento de novos modelos de cuidado, novas teorias e novas práticas (Figueiredo, Delevati e Tavares, 2014).

“A partir dessa conferência, a sociedade brasileira passou a dispor de um corpo doutrinário e um conjunto de proposições políticas voltadas para a saúde que apontavam para a democratização da vida social e para uma reforma democrática do estado. E é justamente esse processo de democratização de saúde que naquela época cunhou-se o nome da reforma psiquiátrica”(Paim, 1987 p.22)

Sendo assim, a partir do final da década de 1980, surgiram opções de apoio psicológico, novos serviços como o Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) e o Núcleo de Acompanhamento Psicossocial (NAPS), formaram-se assim a reforma psiquiátrica brasileira, oferecendo atendimento psicológico, consulta médica, assistência social serviços, terapia ocupacional, entre outras coisas (Figueirêdo, Delevati e Tavares, 2014).

### **1.3 Serviço Social e Saúde Mental**

O Serviço Social é uma profissão inserida em um contexto sócio-histórico, que tem como objeto de trabalho a questão social e suas múltiplas determinações. Essas expressões da questão social se manifestam conforme o espaço sócio-ocupacional do assistente social (Iamamoto, 2008).

A intervenção na área da Saúde Mental, caracterizado como um desses espaços, no Brasil, vai surgir após uma breve história de influência do serviço de assistência do serviço social, praticada no campo da psiquiatria proveniente dos Estados Unidos. Uma das primeiras atuações dos assistentes sociais no campo da Saúde Mental foi inicialmente nos centros hospitalares psiquiátricos (Lima, 2004)

Segundo Bisneto (2016), o assistente social tinha um papel fundamental no processo de reajustamento de pessoas atingidas por doenças mentais e na

prevenção de recaídas. Foi durante a Primeira Guerra Mundial que este fenômeno se tornou maior, em que a ala da psiquiatria cresceu devido ao grande excesso de soldados feridos e atingidos por doença mental e afetados pela guerra, começaram a ser atendidos. Com diagnósticos diversos, variando entre delírios e neuroses, causados pelos eventos traumáticos durante seus esforços nas guerras, os soldados tiveram ampla participação na relação que o serviço social tem hoje se tratando de Saúde Mental, os assistentes atendiam não só os soldados como também suas famílias (Bisneto, 2016).

Ainda de acordo com Bisneto (2016), o Serviço Social era voltado principalmente para a solução de expressões da questão social, com atuação pautada na metodologia de casos, grupos e na comunidade socialmente afetada, por essas problemáticas sociais que influenciam o processo de trabalho no campo da Saúde Mental, atuando também nos programas sociais e de pesquisas. Desta forma o autor enfatiza a relação entre a abordagem trazida no texto e a atuação profissional:

O assistente social veio para “viabilizar” o sistema manicomial no seu ponto mais problemático. O Serviço Social foi demandado pelo Estado ditatorial como executor terminal de políticas sociais na área de Saúde Mental, repetindo sua contradição histórica, de uma demanda pelas elites para atender os “necessitados” (Bisneto, 2009, p. 25).

A partir dessa perspectiva, o desenvolvimento do Serviço Social no Brasil teve seu marco inicial não apenas na luta dos trabalhadores e nos problemas entre o capital e o trabalho, mas também no desempenho de um papel crucial no atendimento das manifestações da questão social na vida dos trabalhadores e suas famílias, incluindo a questão do trabalho com o público infantil, realizado com crianças (Vasconcelos, 2000).

De acordo com Vasconcelos (2000), uma das atuações pioneiras do assistente social foi em instituições como os Centros de orientação infantil (COI) e nos Centros de orientação juvenil (COJ), essa fase foi muito importante para desenvolver a ideia de serviço social clínico. Após isso a profissão foi se expandindo para a área da saúde e psiquiatria, essa modalidade de serviço social e Saúde Mental, foi instaurado em meados do século XX.

Moura (2015) vai afirmar que o serviço social nessa época era considerado como clínico e diagnóstico:

[...] possuíam um caráter de “Serviço Social Clínico”, em que se predominavam abordagens higienistas. Nesse processo, o Serviço Social atuava junto com as famílias do chamado “cliente” a fim de ajudá-la a prover um ambiente adequado ao tratamento psiquiátrico da criança, além de fazer levantamentos de dados sociais e familiares dos pacientes, e o contato com os familiares para a preparação de alta, confecção de altas sociais e encaminhamentos. (Moura, 2015, p. 03)

Diante disso, entende-se que o serviço social, se tratando do campo de atuação, e apesar de haver poucos profissionais, expandiu sua área de intervenção, o que antes era uma profissão centrada nas manifestações da questão social envolvidos com o trabalho, dos indivíduos, com as fábricas, a previdência e a assistência social, passou a ser uma prioridade implementar seus conhecimentos na área da saúde, dando foco na psiquiatria anos depois devido à falta de assistentes sociais (Iamamoto e Carvalho, 1998).

Deste modo, com os avanços ao longo dos anos, já na década de 1950, segundo Ahlert(2005), foi possível obter grandes mudanças no cenário da saúde e no tratamento de doenças mentais. Com a criação do Ministério da Saúde, foi iniciado o tratamento utilizando drogas antipsicóticas, podendo assim perceber os efeitos de acordo com as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) para que se investisse em ações de Saúde Mental, pois as mesmas eram consideradas importantes para evitar os desajustes que podiam acompanhar a industrialização (Ahlert, 2005).

Neste sentido, a década de 1960 foi marcada pelo, repressivo, golpe militar, foi possível observar um aumento crescente de instituições psiquiátricas privadas, devido às reformas da saúde e previdência, os chamados “Hospícios”. Essas instituições privadas eram uma estratégia para desvio de verba que o governo afirmava ser para manutenções dos lugares, no entanto, foi caracterizada como sendo espaços de tortura, desumanização e repreensão (Ahlert, 2005).

Nesse período foi também criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS, 1966), um grande influenciador para que o serviço social se efetivasse nos hospitais psiquiátricos (Ahlert, 2005).

No período de transição dos anos de 1960 para os anos de 1970 foram criadas as comunidades terapêuticas<sup>3</sup>, que mais tarde foram inseridas nos hospitais psiquiátricos. Dessa forma, Vasconcellos (2002), afirma que essas práticas se caracterizam como sendo ações de democratização e que buscavam a

---

<sup>3</sup> No Brasil, comunidades terapêuticas são basicamente instituições não-governamentais que dão suporte às pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas (CFESS).

humanização das relações entre os profissionais que trabalhavam no hospital e os pacientes, através de reuniões em grupo e atividades coletivas que eram desenvolvidas também com os familiares, e atividades de acompanhamento externo daqueles que recebessem licenças temporárias ou altas. Foi nessa fase que o Serviço Nacional de Saúde Mental se transformou e foi criada a Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) (Vasconcelos, 2002).

A DINSAM, foi criada em 1978 e o seu objetivo na reforma psiquiátrica no Brasil era a promoção da desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos, essa instituição buscava construir uma abordagem mais humanizada e dando atenção para a reintegração social. Tendo em vista que os hospitais psiquiátricos, ainda são, conhecidos por seu modelo asilar, em que a pessoa é internada por longos períodos, vivendo em condições precárias e sem acesso a tratamentos adequados (Amarante e Nunes, 2018).

Com a reforma psiquiátrica, o objetivo era substituir o modelo asilar por um sistema que privilegiasse o tratamento comunitário, com base em serviços abertos e integrados à sociedade. O DINSAM buscou implementar ações que reforçassem a assistência em Saúde Mental, priorizando a desospitalização e a criação de centros de atenção psicossocial, os CAPS. Amarante (2018) destaca que essa reforma tinha como objetivo fundamental a promoção da cidadania, autonomia e inclusão social das pessoas com transtornos mentais, visando a sua plena integração na sociedade. Além disso, a reforma buscava fomentar a participação e o controle social sobre as políticas de Saúde Mental, envolvendo a sociedade civil e os usuários dos serviços.

Portanto, com a luta antimanicomial<sup>4</sup> e no geral a reforma psiquiátrica, instaurada no país, foi possível a realização de congressos e conferências da saúde que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A autora Iamamoto faz um relato a partir do agir do profissional de serviço social quanto a sua atuação:

O profissional de serviço social passou a exercer uma função mais ampla e abrangente, sendo capaz de conseguir uma maior participação em instituições de tratamento de Saúde Mental e sua forma de atuação. Isso se dá devido à consolidação do capitalismo, no estado, responsável pelo

---

<sup>4</sup> O Movimento da Luta Antimanicomial se caracteriza pela luta pelos direitos das pessoas com sofrimento mental. Dentro desta luta está o combate à ideia de que se deve isolar a pessoa com sofrimento mental em nome de pretensos tratamentos, ideia baseada apenas nos preconceitos que cercam a doença mental. 18/5 – Dia Nacional da Luta Antimanicomial

bem-estar comum dos indivíduos, sendo assim o maior propulsor de empregos para a profissão (Iamamoto, 2001).

Silva (2015) discute que o panorama atual da profissão nesta área identifica demanda pelo Serviço Social, devido à questão de que ainda não se alcançou a melhora no quadro sanitário do país, e que o conflito entre capital e trabalho continua produzindo expressões da questão social vivenciadas pela população em situação de vulnerabilidade, o que gera a necessidade não só de atendimento médico mas também de assistência social (Silva, 2001).

Na contemporaneidade, o Serviço Social atua sobre as expressões da questão social no âmbito da Saúde Mental junto a uma equipe multidisciplinar, e tem como demanda institucional a efetivação da garantia, informação, de acesso ao direito de tratamento das pessoas atingidas por transtornos mentais e participa na promoção de qualidade de vida destes (Silva, 2015).

Para Bisneto (2009), um grande desafio enfrentado pelo Serviço Social inserido na Saúde Mental, atualmente, são as medidas, decisões políticas advindas das ações neoliberais que são contraditórias ao movimento da Reforma psiquiátrica. É neste contexto neoliberal, que o assistente social não deve apenas desenvolver técnicas para atuar na Saúde Mental, mas de igual modo desenvolver uma análise crítica na sua atuação. No próximo capítulo serão discutidas leis que protegem o público juvenil, além de uma abordagem sobre o CAPS e a atuação profissional neste espaço.

## **CAPÍTULO 2: Política de Saúde Mental Infantojuvenil**

Foi devido a reforma psiquiátrica e ao projeto de consolidação da Política Nacional de Saúde Mental que foi possível a criação de uma política de atenção à Saúde Mental específica para a população infantojuvenil. No Brasil, a atenção voltada para as crianças, adolescentes e os jovens em geral, era mínima, não havendo políticas e nem diretrizes para o cuidado em Saúde Mental.

Isto é, de acordo com Silva (2015) a criança e ao adolescente eram considerados como uma fase sem muita relevância perante a sociedade, pois, a mesma “não desempenhava nenhum papel social”. Com o tempo as redes de cuidado voltadas a esse público, ficavam a cargo das áreas da educação e do serviço social, que de forma mais corretiva e reparadoras não tinham como foco os problemas psicossociais dos indivíduos.

O Ministério da saúde vai então, reconhecer que:

Apenas no início do século XXI, o Estado brasileiro, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), estabeleceu responsabilidades e diretrizes para o cuidado em Saúde Mental de crianças e adolescentes (Ministério da Saúde, 2013 p.104).

No entanto, o tratamento e cuidado destinado a esta população teve que caminhar e lutar por quase dois séculos mais, para que tal necessidade fosse reconhecida (Silva, 2015). E apenas em 2001, após a III Conferência Nacional de Saúde Mental é que a responsabilidade pela atenção à Saúde Mental dessa população foi transferida para o Estado, e com a criação de redes de atenção psicossocial o cuidado ficou mais específico para esse público.

Em 2002 foi dado um avanço importante com a primeira ação efetiva do Estado referente a este tema: a criação do Centro de Atenção Psicossocial para crianças e jovens (CAPSi), composto por uma equipe multidisciplinar, pautada nas ações em rede e no cuidado diário e integral (Ministério da saúde, 2002).

Em 2004, o Ministério da Saúde criou o Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, a Lei nº 1.608, de 03 de agosto de 2004 e considera que:

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

civil e entidades filantrópicas que prestam relevante atendimento nessa área Considerando as interfaces que uma política de atenção em Saúde Mental a crianças e adolescentes apresentam necessariamente com outras políticas públicas, como ação social, direitos humanos, justiça, educação, cultura e outras; Considerando a experiência bem sucedida da implantação de fóruns intersetoriais de Saúde Mental de crianças e adolescentes em Estados e municípios brasileiros, bem como as recomendações da Organização Mundial da Saúde no sentido de uma política marcadamente intersetorial; Considerando as recomendações, da Organização Mundial da Saúde e da Federação Mundial para Saúde Mental, de atenção especial dos governos para a Saúde Mental da infância e da juventude; Considerando a grave situação de vulnerabilidade deste segmento em alguns contextos específicos, exigindo iniciativas eficazes de inclusão social; [...]

Este dispositivo público permitiu a participação de usuários e familiares na elaboração das diretrizes orientadoras de suas ações e foi regido pelo serviço intersetorial contando com o apoio da esfera da educação, da assistência social, justiça e direitos (Couto e Delgado, 2016).

Diante disso, com a reforma psiquiátrica e a criação do SUS, e surgindo assim o modelo de atenção em Saúde Mental e a regulamentação dos Centros de Atenção Psicossocial, é importante destacar a criação de Leis para proteção e assistência de crianças e adolescentes, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), criado através da Lei n. 8069/90 que dispõe que:

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. (BRASIL,1990)

Tendo em vista a atenção que se deve dedicar à Saúde Mental na fase inicial da vida, e até o decorrer da fase adulta, e sabendo que têm um impacto significativo nas futuras trajetórias de vida desses indivíduos, bem como na sociedade como um todo, as leis que estão dispostas, no país. têm como objetivos à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de questões de Saúde Mental que afetam essa faixa etária (Silva, 2015).

Com o avanço dos direitos e a criação de leis que defendem os direitos das crianças e adolescentes foi possível que em agosto de 2013 fosse instituído o Estatuto da Juventude (SINAJUVE) da Lei nº 12.852. O documento se tornou um marco da defesa de direitos dos jovens e contempla mais de 50 milhões de brasileiros com idade entre 15 e 29 anos. A lei dispõe sobre os princípios e diretrizes das políticas públicas específicas para esta faixa etária (Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, 2021).

De acordo com Hermínio (2019), a Saúde Mental e o período infanto juvenil vão se iniciar após quase dois séculos da descoberta da psicopatologia adulta. É um campo da saúde complexo e em constante evolução. A psicopatologia infanto juvenil<sup>5</sup> compreende-se pelo estudo dos distúrbios mentais e emocionais que afetam crianças e adolescentes, incluindo transtornos do desenvolvimento, de ansiedade, de humor, do comportamento, ou seja, é na infância que os transtornos mentais têm seus primeiros sinais iniciais denominados fatores influenciadores de transtornos psicológicos.

Jean Piaget, psicólogo suíço, foi um grande propulsor para o estudo do desenvolvimento cognitivo da criança pois é nessa fase que se constrói o conhecimento até chegar na fase adulta, parte desse conhecimento é um influenciador dessa psicopatologia. Dessa forma é possível que não só Piaget como muitos outros psicólogos foram de fundamental importância para o estudo da mente infanto juvenil, até os tempos atuais, esses estudos são de grande relevância uma vez que possam avançar para diagnósticos e estudos atuais.

Dessa forma os Centros de Atenção Psicossociais, principalmente os CAPSi, que são voltados para o público infantil ao juvenil, e os profissionais do serviço social são fundamentais pois, além de implementarem as políticas e leis disponíveis para defender a atenção para esse público, buscam oferecer assistência especializada a indivíduos com transtornos mentais e transtornos do desenvolvimento, estudados anteriormente por psicólogos através de seus estudos sobre desenvolvimento cognitivo. O Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), com suas leis: Lei nº 8.080/1990 e Lei nº 12.594/2012, respectivamente, vão contribuir para a implementação e ações necessárias para essa assistência de acordo com as necessidades.

---

<sup>5</sup>A psicopatologia infantil estuda entender e tratar os transtornos mentais e emocionais que afetam crianças e adolescentes. Estes transtornos podem abranger uma ampla variedade de condições, incluindo transtornos de ansiedade, transtornos do humor, transtornos do desenvolvimento, transtornos do espectro autista (TEA), transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), entre outros. A compreensão e o tratamento adequado dessas condições são essenciais para garantir o bem-estar psicológico e emocional dos jovens (Hermínio, 2019).

## **2.1 Marco Histórico dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na Política de Saúde Brasileira e Atuação Profissional do Assistente Social**

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) surgiu no Brasil no ano de 1986 por inúmeras reivindicações, com o intuito de dar fim, gradualmente, aos manicômios, por parte do estado em resposta aos movimentos sociais e governamentais em busca de melhorias e humanização no atendimento de pacientes com transtornos mentais.

Os NAPS/CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM N° 224/92, sendo, inicialmente, denominado Centro de Apoio Psicossocial com a finalidade de atender as necessidades de indivíduos que apresentavam algumas dificuldades indicadoras de sofrimento psíquico e que impactavam diretamente nos processos de ensino e aprendizagem, e eram definidos como:

“Unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional” (Ministério da Saúde, 2004, p.12).

Os CAPS, assim como os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), os CERSAMs (Centros de Referência em Saúde Mental), que surgiram como parte de Saúde Mental, com intuito de aprimorar o atendimento a pessoas com transtornos mentais, e outros tipos de serviços substitutivos que têm surgido no país, são atualmente regulamentados pela Portaria N° 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS (Ministério da Saúde, 2004).

De acordo com o Ministério da Saúde (2004), a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é constituída por um conjunto articulado de diferentes pontos de atenção à saúde, instituída para acolher pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A proposta de construção de um plano terapêutico singular<sup>6</sup> compartilhado entre os serviços da RAPS<sup>7</sup> está descrita na portaria N° 3.088 de 2011.

---

<sup>6</sup> Projeto terapêutico singular é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, sendo este conjunto um produto da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar. Um de seus objetivos principais é aprofundar as possibilidades de intervenção sobre determinado caso (Oliveira, g. n, 2010).

<sup>7</sup> São os componentes da RAPS: as Unidades Básicas de Saúde (UBS); os Centros De Atenção Psicossocial (CAPS); o Serviço De Atenção em Urgência e Emergência (SAMU); a atenção residencial de caráter transitório; a atenção hospitalar; as estratégias de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

Os principais objetivos que são realizados no CAPS, compõem um ponto de atenção estratégico da RAPS e se constituem como um serviço de saúde de caráter aberto e comunitário. Oferece atendimento às pessoas com transtornos graves e persistentes, sofrimento psíquico em sua área territorial, seja em situações de crises ou nos processos de reabilitação psicossocial (Ministério da Saúde, 2002).

A assistência em Saúde Mental é realizada por uma equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar, composta por: psiquiatras, clínicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, equipe de enfermagem e farmacêuticos. As atividades no CAPS são realizadas prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes. O cuidado, no âmbito do CAPS, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Singular, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família (Ministério da Saúde, 2002).

A Portaria nº 336/GM, de 2002, é a que define as modalidades de CAPS e suas tipificações, que são subdivididos em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS álcool e drogas e o CAPSi (Ministério da Saúde, 2004).

O CAPSI é direcionado para pessoas com transtornos mentais graves e persistentes em municípios com população de 20 mil habitantes. O CAPS II tem acima de 70 mil habitantes. O CAPS AD é voltado para o tratamento de álcool e outras drogas e o CAPSi para crianças e adolescentes. Já no CAPS III, os serviços de observação e monitoramento contemplam no máximo 12 leitos por até 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, indicado para municípios ou regiões com população acima de 200 mil habitantes, tendo como foco o tratamento de pessoas com sofrimento grave e persistente (Ministério da Saúde, 2002).

A RAPS, segundo o Ministério da Saúde, vai ser caracterizada por um conjunto articulado de diferentes pontos de atenção à saúde. O CAPS é integrado à RAPS, que de acordo com a política nacional de Saúde Mental, busca consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária. A proposta é garantir a livre circulação das pessoas com problemas mentais pelos serviços, pela comunidade e pela cidade. A RAPS estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas. A Rede integra o SUS (Ministério da Saúde, 2002).

Seguindo essa linha de raciocínio de como um CAPS funciona, o CAPS III segue uma lógica de funcionamento de “porta aberta”, ou seja, sem a necessidade de agendamento prévio ou de atendimento, somente com número máximo por dia, dispõe de atendimentos individuais e em grupos/oficinas terapêuticas, acolhimento noturno, visitas domiciliares, atendimentos familiares, reabilitação psicossocial, contratualização no território, articulação de rede. Para acessar o serviço, o usuário precisa de documentos pessoais: documento oficial de identificação com foto, Cartão Nacional do SUS (Cartão SUS) e comprovante de residência. No caso de pessoas em situação de rua esses documentos não são exigidos (Ministério da Saúde, 2002).

### **CAPÍTULO 3: TRABALHO REALIZADO NO CAPS III DE SAMAMBAIA**

Nesta seção será abordada a experiência adquirida nos estágios supervisionados em Serviço Social I e II, no CAPS III de Samambaia-DF, bem como a aplicação do projeto de intervenção, a instituição de realização do estágio que proporcionou a reflexão aqui apresentada possui um serviço especializado em Saúde Mental para pessoas com quadros graves e persistentes de transtorno mental. Considerando a perspectiva metodológica de pesquisa qualitativa, que possibilitou ter como técnica a observação de pacientes e uma análise documental. As pessoas atendidas foram pacientes do CAPS III de Samambaia, Distrito Federal.

Por questões éticas, não serão mencionados nomes neste trabalho, e para melhor entendimento, esta seção apresenta um relato de caso e as pessoas foram denominadas de pacientes e/ou usuários. Como já mencionado, foi utilizado o método de pesquisa qualitativa para compor a análise e o relato de caso e de experiência sobre o funcionamento do CAPS e a possível evasão de pessoas jovens do serviço de atendimento durante a observação feita em campo de estágio profissional.

O Estágio Supervisionado em Serviço Social I iniciou-se no 2º semestre de 2022, e o Estágio II no 3º semestre de 2022, ambos realizados no CAPS III de Samambaia. Essa etapa preparatória para a prática profissional ocorreu com a supervisão de uma assistente social de campo e outra supervisora acadêmica da Universidade de Brasília, sendo um momento propício para que o estágio proporcionasse o conhecimento das dimensões da intervenção profissional, quais sejam, a teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política (ABESS, 1997).

O CAPS III, é o único CAPS III do Distrito Federal, os serviços oferecidos são oficinas terapêuticas, atendimento psiquiátrico, atendimento psicológico, internação de até sete dias consecutivos e dez dias alternados, alimentação, terapia ocupacional, farmácia e equipe de enfermagem vinte e quatro horas por dia. Dessa forma, o CAPS III conta com uma equipe multiprofissional, que é destinada a atender mais de 200 mil habitantes (Ministério da Saúde, 2004).

Durante o período de realização do estágio foi possível perceber que as demandas impostas para o profissional de serviço social vão além da abordagem clínica. O acolhimento realizado nas unidades, se caracteriza em duas etapas, para as pessoas serem atendidas é preciso que sejam passíveis de elegibilidade, ou

seja, é no acolhimento que o paciente permanece ou não na instituição, são os legíveis e não elegíveis.

Alguns dos aspectos de elegibilidade inclui o diagnóstico, por exemplo, diagnósticos de esquizofrenia tendem a levar à admissão para tratamento no CAPS; A sintomatologia que são os pacientes em quadro psicótico agudo ou com sintomatologia negativa importante tendem a ser admitidos; Em questão de melhor ou pior prognóstico, história de inúmeras internações anteriores, uso de álcool e drogas, não adesão a tratamento ambulatorial tendem a gerar admissão do paciente; O grau de suporte social/autonomia do paciente ou afastamento da família, afastamento social, saída do sistema penitenciário ou alta após uma longa internação (desinstitucionalização) geram admissão constituição da própria rede de saúde enquanto a ausência de serviços na rede para acompanhamento dos pacientes ou a indisponibilidade de vagas levam a gerar admissão, independentemente do diagnóstico ou situação sintomática e de suporte do paciente naquele momento.

São realizados atendimentos, procedimentos e aplicação de técnicas profissionais para a compreensão do contexto de vida da pessoa usuária, identificando suas demandas frente ao processo saúde-doença, para que assim seja feito o planejamento da intervenção com articulação da rede de saúde e socioassistencial, com isso é fundamental destacar que:

“A modalidade não-elegível e o atendimento pontual, geralmente para orientações diversas, às vezes sem a necessidade de encaminhamentos e sem continuidade do atendimento”. (Ministério da Saúde, 2002).

Com o tempo, surgiram demandas mais intensas na unidade do CAPS III, possivelmente associadas à crise sanitária da pandemia da COVID-19, na qual a situação política neoliberal do país se juntou ao problema sanitário e resultou na perda de empregos da população. Além disso, há aqueles que foram impactados diretamente pela COVID-19. Assim, a busca por instituições de saúde e, conseqüentemente, pelos profissionais, incluindo os do serviço social, teve um aumento gradual e expressivo, conforme foi constatado durante a realização do estágio (Costa, 2023).

A pandemia COVID-19 foi a maior emergência de saúde pública enfrentada pela nação. No Brasil, este enfrentamento se deu de diversas formas, como através do isolamento e distanciamento social, além do fechamento do comércio e

serviços não considerados essenciais, entre outras medidas adotadas pelos países afetados. Devido a isso, os CAPS não ficaram excluídos desta medida, o fechamento de instituições, as atividades coletivas externas e internas que ocasionavam aglomeração ou circulação de pessoas, foram suspensas, agravando assim a saúde mental da população que frequentavam os serviços de saúde mental do CAPS além de boa parte da equipe profissional afastada por comorbidade, suspeita ou confirmação de infecção por COVID-19.

A pandemia COVID-19 trouxe mudanças nas rotinas e, conseqüentemente, nas relações familiares, impactando direta ou indiretamente na saúde mental da população. Identificou-se a procura do CAPS por usuários novos, isto é, que não haviam passado por um serviço de saúde mental e também por aqueles que faziam uso da rede particular de saúde anteriormente(Costa, 2023).

Neste contexto de realização do estágio, uma das etapas é a de aplicação do projeto de intervenção em que já havia a semente inicial para a construção desta reflexão, o título do projeto "Evasão de pessoas jovens atendidas no caps na contemporaneidade: uma avaliação a partir da intervenção em Serviço Social", influenciou a pergunta de partida: quais os fatores que influenciam a baixa adesão de jovens nos serviços de saúde mental do CAPS? aproveitada neste trabalho de conclusão de curso. A pista inicial era a de apresentar os principais determinantes que influenciam na falta de engajamento do público em procurar e permanecer no tratamento de saúde do CAPS, algo que foi constatado durante a realização do estágio.

Além disso, o projeto de intervenção que foi aproveitado para construir o trabalho de conclusão de curso era limitado, devido ao curto tempo de projeto, e o interesse foi de estudar qual a influência que os familiares e amigos têm nesse processo, analisando o fenômeno a partir da perspectiva do serviço social. Assim como destacar os impactos dessa evasão e falta de compromisso com a continuidade do tratamento na vida desses jovens atendidos no CAPS III com a proposta da reflexão servir para diminuir esse descomprometimento.

Diante disso, e com base na experiência de estágio, foi possível entender como era o funcionamento, a demanda vinda até o CAPS e como os profissionais realizavam os relatórios com as fichas das pessoas como forma de monitoramento de quem entra em busca de atendimento na instituição. Essa abordagem se

mostrou fundamental à medida que surgiram questionamentos sobre o cotidiano das pessoas usuárias e reflexões sobre como elas se expressavam em relação ao CAPS.

No período estagiado, no ano de 2022, existiam alguns grupos de pessoas, direcionados pela equipe multidisciplinar, assistentes so da instituição do CAPS, na unidade, que eram feitos com o intuito de fortalecer a socialização e o vínculo das pessoas usuárias com a unidade e até com si mesmos e suas famílias. Existiam os grupos de crochê, de ajuda mútua, tai chi Chuan, educação e cidadania, futebol, entre outras atividades lúdicas, educativas e grupos terapêuticos. Foi constatado haver um bazar dentro do CAPS III, realizado pelas próprias pessoas usuárias como forma de atividade ocupacional. Além da alimentação para os pacientes que frequentavam os grupos, havia também a concessão de cestas básicas entregues aos pacientes com vulnerabilidades socioeconômicas.

O atendimento à pessoa usuária com transtorno psicossocial, na unidade, realizado por meio de grupos psicoterápicos e de apoio, acompanhamento medicamentoso, atendimentos individuais e de familiares, muitas vezes esses acompanhamentos levam, tempos, há casos que podem durar dias, meses, anos, ou até mesmo por toda a vida, sempre tendo como o objetivo maior acompanhar esses pacientes e manter o contato como forma de saber e acompanhar qual a situação do paciente.

Entretanto, o serviço social dentro do CAPS III, ainda atualmente, enfrenta limitações na realização do trabalho como; políticas focalizadas, precarizadas com poucos recursos e a falta de treinamento para a preparação de como lidar com pessoas usuárias com dores, perdas, vivência de exclusão social e transtornos mentais.

Contudo, os matriciamentos<sup>8</sup> são de grande importância dentro da unidade, pois é quando as equipes, em um processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica de um determinado paciente, assim, visando dar a devida atenção ao caso que geralmente são de alta complexidade, onde vai envolver o empenho dos profissionais envolvidos.

---

<sup>8</sup> O matriciamento se afirma como recurso de construção de novas práticas em Saúde Mental também junto às comunidades, no território onde as pessoas vivem e circulam, pela sua proposta de encontros produtivos, sistemáticos e interativos entre equipes da Atenção Básica e equipes de Saúde Mental (Iglesias e Avellar, 2019).

Prosseguindo na apresentação do relato de caso que conduziu ao objetivo tratado nesta monografia, durante o estágio realizado, mesmo com vários desafios, era perceptível que, o profissional, o Assistente Social, detinha relativa autonomia dentro da unidade de forma mais abrangente do que é possível verificar em outros espaços sócio-ocupacionais, como os atendimentos individuais e em grupo, os acolhimentos, assim como as visitas domiciliares, sempre dialogando com os outros profissionais da equipe, visando assim dar um atendimento de boa qualidade para os usuários, assim como é de suma importância reconhecer que o assistente social tem bastante importância na instituição do CAPS.

Vasconcelos (2000) ressalta a importância dos assistentes sociais que fazem parte, historicamente, das equipes de Psiquiatria e Saúde Mental. Muitos fundamentaram suas atividades, tendo como base o campo psi<sup>9</sup>, alguns investindo em formação na esfera da psicanálise e terapia de família.

Por meio do estágio foi possível verificar, durante as participações semanais em grupos terapêuticos, os diálogos, e observar a faixa etária, acima de trinta anos, que frequentava a unidade no período de estágio que se encontrou a hipótese de evasão, abandono do tratamento. Assim, iniciou-se uma ideia de projeto que surgiu através da observação de que o CAPS III, apesar do público do CAPS ser composto majoritariamente por pessoas idosas, foi possível captar uma demanda grande de jovens em sofrimento psíquico, durante o processo de acolhimento e da entrada no setor de internação ambulatorial.

Da mesma forma foi perceptível a baixa adesão ao tratamento, pois dentre os diversos grupos terapêuticos apenas um atendia o público jovem com a faixa etária entre 18 e 29 anos no CAPS III, os demais grupos tinham usuários com mais de 30 anos. Está problemática se tornou o foco do projeto de intervenção, e futuramente título do trabalho de conclusão de curso, a possível evasão de pacientes jovens que desistiram do tratamento com frequência, mais do que os demais grupos e a baixa adesão à participação dos grupos terapêuticos propostos.

A experiência no campo de estágio foi marcada pelo projeto de intervenção, pautado pela criação de um grupo focado em jovens que teria, nesse sentido, o objetivo de debater questões apresentadas pelos próprios usuários, ações

---

<sup>9</sup>Abrange um campo que inclui a psicologia, psiquiatria e psicanálise, e que costuma ser denominado como campo “psi”, busca promover a Saúde Mental a partir de um referencial de psiquismo tido como universal(Prestes,2020).

socioeducativas e principalmente atuar no entendimento e na prevenção da evasão desses jovens dentro do serviço, podendo captar as demandas apresentadas para que fossem trabalhadas em prol da adesão do tratamento desses jovens. O público-alvo foram os usuários do serviço, com idade entre 18 e 25 anos, inseridos no fluxo do CAPS e que tinham interesse em participar das atividades.

O projeto de intervenção proposto teve duração de 1 mês completo. As reflexões aqui apresentadas são para o entendimento e o equacionamento de um problema constatado: o abandono de tratamento por parte do público jovem que frequenta serviços da modalidade tipo CAPS.

Assim foram feitos contatos com alguns pacientes do CAPS III, através de busca ativa, que inicialmente passaram pelo processo de acolhimento como parte das atividades do estágio e do próprio serviço de atendimento em saúde. Devido ao fato de que menos da metade dos pacientes frequentavam um grupo terapêutico, foram feitas diversas tentativas na intenção de fechar o grupo de no mínimo 10 participantes para criar e fomentar o grupo de apoio, algumas sem sucesso. Em seguida, após realizar as buscas ativas através da ficha de prontuários dos pacientes, foi possível realizar o primeiro encontro com os jovens pacientes no decurso da experiência de estágio que esta monografia apresenta sob a forma de análise da experiência e relato de caso. O relato de caso neste trabalho visa proporcionar uma compreensão detalhada das interações estabelecidas com os pacientes do CAPS III. Este método permite a ilustração de situações específicas, destacando variantes e particularidades que podem não ser capturadas por métodos mais abrangentes. A escolha por relatar casos específicos está relacionada com a busca por uma compreensão mais profunda das experiências vivenciadas pelos jovens pacientes atendidos, respeitando sempre os princípios éticos da confidencialidade e anonimato. Com isso, ressalta-se que a condução do relato de caso segue as diretrizes éticas apresentadas na Carta Circular da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), item C, conforme o anexo I deste trabalho, que oferece orientações específicas para assegurar a integridade e a responsabilidade na apresentação de casos clínicos. Essa carta circular destaca a importância do respeito aos direitos dos participantes, a necessidade de consentimento informado e a garantia de preservação da identidade por meio da

utilização de pseudônimos e da não revelação de detalhes que possam identificar individualmente os envolvidos.

Deste modo, no primeiro encontro foi informado aos jovens a razão da formação do grupo, e como funcionaria o grupo e o seu tempo de duração, assim como as temáticas e procedimentos que seriam abordados no decorrer dos encontros. Nos demais encontros foram realizadas rodas de conversa com os jovens sobre o problema de adesão ao tratamento ambulatorial no CAPS e quais temáticas eles gostariam que fossem abordadas, quais problemas ou temas de interesse poderiam ser trabalhados nesse período. A ideia era a de que nos primeiros encontros, os jovens pudessem se abrir para a experiência da partilha e da escuta, para mapear as temáticas que mais tivessem interesse para eles, além de contribuir para a dinâmica do grupo funcionar de forma a ser um meio complementar ao atendimento ambulatorial.

Realizou-se rodas de conversas, com Assistentes Sociais, sobre suas demandas junto ao CAPS e os motivos pelos quais a evasão era um problema, durante essas conversas foi possível elaborar um instrumento por meio de um cartaz-denúncia ao CAPS, realizado pelos pacientes, caracterizado por ser uma ferramenta utilizada para permitir que indivíduos expressassem suas preocupações, insatisfações, ou relatassem questões específicas em relação a sua jornada de tratamento dentro do CAPS, contexto ou serviço. No contexto de um CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) ou qualquer serviço de Saúde Mental, uma carta-denúncia pode ser uma estratégia valiosa para dar voz aos usuários e compreender suas experiências de maneira mais detalhada. A intenção por trás dessa abordagem foi promover um espaço seguro para que os pacientes pudessem se expressar livremente, contribuindo assim para um entendimento mais profundo das suas vivências no contexto do tratamento em Saúde Mental. Essa carta-denúncia não apenas proporcionou uma plataforma para a expressão individual, mas também se revelou como uma ferramenta valiosa para a coleta de dados qualitativos, enriquecendo a compreensão sobre as necessidades e expectativas dos usuários em relação aos serviços oferecidos.

As rodas de conversa foram produtivas, os pacientes, principalmente os usuários da internação ambulatorial, contribuíram de forma proveitosa nos debates feito nesse período, além de construir o referido cartaz com frases e a exposição

dos receios e medos por meio de práticas lúdicas, como o desenho, as suas dificuldades, e o que queriam para o futuro.

O grupo tinha em média de 4 a 5 usuários por encontro. Ao finalizar a etapa do estágio, houve a conclusão do projeto de intervenção que foi finalizado na última semana de estágio. Como resultados e objetivos alcançados, além da frequência ao grupo, foi realizado um cartaz e exposto no mural do CAPS III para suscitar a temática do abandono, buscando prevenir o problema.

Durante a confecção deste cartaz-denúncia, os pacientes relataram suas experiências e o que fez com que os mesmos abandonassem ou tivessem menos vontade de dar continuidade ao tratamento no CAPS. Algumas pessoas afirmaram que, com a maioria atingida, os responsáveis legais pararam de exigir a permanência contínua no tratamento, antes realizado no CAPSi. Outras pessoas jovens informaram que tinham muita dificuldade de se relacionar e socializar em público e, como a instituição exigia um diálogo durante os encontros dos grupos terapêuticos, eles acabavam desistindo do acompanhamento, além de desinteresse pelo tratamento, os usuários contaram sobre o bullying sofrido nas escolas.

Os pacientes relataram que sua forma de socializar ao auto-isolamento do mundo externo, teve como consequências, a síndrome do pânico e ansiedade. Segundo os relatos, as pessoas sofreram perseguição causada pelos próprios colegas. Durante os diálogos, o paciente A compartilhou as dificuldades de sua vida social afetada pelo auto-isolamento, destacando que a falta de interação no ambiente escolar resultou na síndrome do pânico e ansiedade. O paciente B compartilhou na roda de conversa que após completar a sua maioria o seu acompanhamento no CAPSi não era mais obrigatório, o que acabou incentivando no abandono da instituição. O paciente C escreve no cartaz: “Tenho medo de me aprofundar na profunda escuridão da solidão que já passei e não quero voltar”. Essas são algumas das causas relatadas pelos indivíduos que abandonaram o tratamento psiquiátrico, relatados pelos próprios pacientes da instituição.

### **3.1 Fatores que influenciam a frequência de jovens no CAPS**

De maneira abrangente, todo o estudo sobre o surgimento das Políticas Públicas e Sociais de Saúde Mental, a Reforma Psiquiátrica, a compreensão do funcionamento de um CAPS e as Políticas de Saúde Mental destinadas às crianças

e adolescentes será fundamental para compreender os fatores que influenciam os jovens a não aderirem ao tratamento psicológico oferecido nos CAPS.

Além do tratamento psicológico, o CAPS realiza outros serviços como a terapia ocupacional, as atividades em grupo, oficinas terapêuticas, assistência social, e em alguns casos, suporte medicamentoso. O objetivo da instituição é proporcionar uma abordagem mais ampla ao tratamento e apoio a pessoas com transtornos mentais.

Benetti e Cunha (2008) afirmam que, inicialmente, algumas características de personalidade tais como isolamento social, agressividade, traços psicopáticos e baixa motivação foram apontadas como associadas ao maior abandono terapêutico (Walitzer; Dermen; Connors, 1999). Essas características foram comprovadas por meio de falas como o paciente A: “Minha meta é continuar viva, e conseguir superar todo meu psicológico” ainda relatando ela diz “ estou presa a algo e só quero me libertar”.

No Brasil, a prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes é de 7% a 12,5%. No mundo, as estimativas são de que uma entre quatro ou cinco crianças apresenta algum transtorno mental. Dados de 2007 do Ministério da Saúde mostram que 3% da população geral sofrem com transtorno mental grave ou severo e mais de 12% necessitam de um atendimento contínuo ou eventual, sendo incluídos nesses percentuais crianças e adolescentes (BRASIL, 2007; Thiengo; Cavalcante; Lovisi, 2014; Buriola., 2016).

A autora Peixoto (2020) vai considerar relevante mencionar em seu livro que:

Alguns trabalhos recentes mostram que a prevalência do transtorno depressivo em adolescentes é de 11%, enquanto a prevalência de transtornos ansiosos varia entre 10 e 31,9% (Mohammadil, 2019). Apesar dessa alta prevalência, dispomos de poucas opções de intervenção precoce capazes de interromper a progressão dessas doenças (Iorfino, 2016).

Além disso, as autoras Benetti e Cunha (2008) vão ressaltar que em termos clínicos, os transtornos de personalidade em geral, os estados psicóticos e a ocorrência de ideação paranóide são os quadros com maior dificuldade de engajamento no processo terapêutico e os que apresentam mais risco de abandono (BUENO, 2001).

Neste sentido, os transtornos de personalidade borderline são apontados como os casos de maior frequência de interrupção de tratamento em função das

características transferidas de hostilidade e dificuldade de vinculação (ROMARO, 2002). Hummelen, Wilberg e Karterud (2007) identificaram que, em situação de psicoterapia coletiva, mulheres com diagnóstico de transtorno borderline não permanecem em atendimento, necessitando de um ambiente de maior condicionamento afetiva, visto a intensidade das emoções vividas no campo terapêutico.

Silva (2015) vai afirmar que os sintomas destes transtornos nestas fases são na maior parte das vezes identificados no ambiente familiar e principalmente em ambiente escolar através do excesso de algumas ações ou até mesmo na ausência de outra.

O Ministério da Saúde ressalta que:

“A ocorrência da maioria dos problemas de Saúde Mental é determinada por um conjunto de fatores. O impacto de cada fator varia de problema para problema, de criança para criança. Existem fatores que estão fortemente associados com o desenvolvimento dos transtornos mentais, e outros que têm efeitos protetores. Tradicionalmente há três principais domínios que merecem consideração: social, psicológico e biológico. É importante ressaltar que, na prática, os fatores não se apresentam de forma isolada, mas interagem de forma dinâmica. De forma geral, entende-se que a somatória de vários fatores de risco é mais importante para o desencadeamento dos transtornos do que um fator isolado. O conhecimento desses fatores, tanto os de risco como os de proteção, permitem o desenvolvimento de estratégias e ações de prevenção e tratamento dos problemas de Saúde Mental” (Ministério da saúde, 2013, p. 107).

Conforme o pensamento de Peixoto (2020), a maioria das doenças mentais nos indivíduos se inicia antes dos 18 anos, tendo em vista que, os transtornos de ansiedade e depressão, muitas vezes, tem seu estágio inicial logo na infância e adolescência.

Arnou e colaboradores consideram que:

“os abandonos terapêuticos nos casos de depressão são muito frequentes e os fatores associados ainda são pouco explorados em relação a estas interrupções precoces” (Benetti; Cunha, 2008).

Em uma investigação que incluiu a análise da frequência terapêutica em três grupos distintos de intervenção (um grupo, somente medicação; outro grupo, terapia cognitiva comportamental; e o último, tratamento combinado) os indicadores de abandono precoce pertenciam a minorias étnicas, a presença de um transtorno de ansiedade e condições depressivas associadas à monoterapia. Isto é, pacientes em atendimento conjunto medicamentoso e psicoterápico tiveram melhor adesão ao tratamento, o que foi interpretado como significando que a aliança terapêutica

auxiliava na tolerância aos efeitos colaterais da medicação, favorecendo a permanência. Escores menores referentes à qualidade da aliança terapêutica foram identificados nos grupos de tratamento monoterápicos (Benetti; Cunha, 2008)

Diante disso, e com base na experiência obtida em campo de estágio, é possível afirmar que a busca e o acesso aos serviços de Saúde Mental pelos jovens também são menores quando comparado com a população adulta com idades acima dos trinta anos.

Peixoto (2020) também destaca trechos de outros autores, e ressalta que:

"A adolescência é de longe o período mais crítico quando se trata do desenvolvimento mental e neurológico, assim como para a obtenção de habilidades sociais e funcionais. A presença precoce de um transtorno mental compromete o desenvolvimento do indivíduo e está vinculada a uma série de repercussões importantes no futuro, incluindo maior propensão a comportamentos de risco, como doenças sexualmente transmissíveis, gravidez na adolescência, envolvimento em brigas e crimes, comprometimento funcional, diminuição da independência, pior desempenho profissional, prejuízo das relações interpessoais, pior impressão do estado de saúde geral, maior utilização dos serviços de saúde e, conseqüentemente, maior ônus social e econômico (Pinto, 2014; Costello; Maughan, 2015; Freire, 2015; Iorfino, 2016; Jai K, 2016)".

Esses são alguns causadores de transtornos psicológicos, e justamente por causa desses transtornos que se faz necessário a busca por um tratamento de qualidade desde cedo, para que os efeitos dessas causas não agrave o quadro de Saúde Mental, dos indivíduos, ao atingirem a fase adulta na sociedade.

A problematização que está associada aos transtornos mentais muitas vezes impede que os jovens procurem ajuda nos CAPS, resultando em algo prejudicial não somente para o próprio indivíduo, mas também para a sociedade em que está inserida.

E apesar de não ser possível encontrar conteúdo bibliográfico suficiente sobre os fatores que implicam nessa baixa adesão, é possível identificar por meio de notícias, reportagens e de questões sociais que os adolescentes e jovens enfrentam no decorrer de suas vidas que afetam no comprometimento de um tratamento adequado.

Um exemplo que ilustra essa afirmação pode ser encontrado na matéria "Saúde mental: indicador inédito mostra os perfis dos brasileiros que mais sofrem no país", publicado no site O GLOBO(2023). Segundo a reportagem, pesquisas mostram que aqueles em busca de um emprego, as mulheres, os jovens e pessoas trans têm os piores índices de bem-estar no Brasil relacionados à Saúde Mental.

Esse cenário evidencia os desafios enfrentados pelos adolescentes e jovens, impactando diretamente na adesão aos tratamentos médicos.

Conforme o que Mota aponta, a família passou a ocupar um papel de destaque no que se refere ao cuidado da pessoa em sofrimento psíquico, o chamado rede de apoio familiar (Mota, 2018). Especialmente no início do quadro de sofrimento psíquico, a família é a responsável pela busca de cuidado formal nos equipamentos de saúde e, para tal, deve dispor de recursos emocionais, temporais e econômicos para exercer essa tarefa (Rosa, 2005, conforme citado por Mota, 2018).

Apesar da família e dos amigos desempenharem uma função importante tanto na rede de apoio ao paciente, na proteção e também no processo de percepção da origem de problemas psicossociais no que tange a tratar e proteger o paciente, a família, muitas das vezes, é o propulsor da origem desses transtornos, como os transtornos de ansiedade e depressão (Silva, 2015).

Além disso, para Mota(2018), a presença de um indivíduo em uma instituição de tratamento, decorrente de algum transtorno, afeta diretamente a família.

“No papel de cuidadores, esses familiares declararam experimentar muitas vezes uma grande sobrecarga, seja ela de ordem emocional/psicológica, prática, seja financeira, como apontam inúmeros estudos”(Mota, 2018, p.11).

Dessa forma, não só a sobrecarga como também a falta de apoio familiar e de amigos o indivíduo se sente intimidado causando, assim, a defasagem no tratamento, seja por falta de apoio ou por influência negativa da família que não apoia e não entende, muitas vezes, o problema pelo qual o jovem está passando, e por não acreditar na eficácia do tratamento fornecido pelas instituições, não só isso, como também o abandono que o jovem sofre, não generalizando, após completar a maioridade, pois como se torna “independente” a família passa a descuidar do processo de tratamento do jovem que antes era feito no CAPSi.

Além da pauta, rede de apoio familiar, que implica na não adesão, segundo Ribeiro (2008, p.17) “há transtornos da infância e adolescência que se associaram, respectivamente, a adesão e abandono”, como os traumas obtidos na infância que são lembrados no decorrer do tratamento, como o abandono, o afeto que não é gerado na infância e acaba afetando o futuro, abusos ocorridos no passado, problemas com álcool e drogas na infância, há também as questões emocionais, os

relacionamentos não correspondidos ou que não deram certo e os recursos financeiros que afetam as famílias.

Diante disso, e com a experiência obtida no campo de estágio, foi possível ouvir, durante a realização do grupo terapêutico realizado com os jovens durante o projeto, algumas das suas angústias e defasagens que auxiliaram eles a não frequentar o CAPS III, sem exceções, todos os participantes ativos estavam, no grupo terapêutico, apenas para ter um acesso fácil no atendimento com o psiquiatra que forneciam os remédios, quando os pacientes foram questionados sobre o motivo de não frequentarem a instituição, foram apontados vários motivos como: a inexistência de apoio familiar, a falta de relacionamento e de amizade, muitos deles não tinham amigos e sofriam bullying na escola em que frequentavam. O preconceito dos outros ao ouvirem que os pacientes estavam frequentando os serviços de Saúde Mental, além dos próprios pacientes preconceituosos que tinham medo de participar dos grupos terapêuticos, seja pela timidez, ou por acreditar que sua participação seria incapaz de auxiliar em seu tratamento. Apesar disso, era perceptível que no início do tratamento os pacientes apresentavam todo esses aspectos, timidez, baixa participação nas falas durante o projeto, e também a falta recorrente nos encontros e que no decorrer dos encontros muitos deles já estavam conseguindo se comunicar e abrir espaços para se comunicar sobre suas angústias e experiências.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao considerar os diversos aspectos mencionados no decorrer do trabalho, fica evidente a complexidade dos fatores que influenciam a frequência com que os jovens procuram os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para tratamento psicológico e a necessidade de se analisar os fatores que influenciam a sua permanência nos serviços. Desde as origens dos transtornos mentais na infância e adolescência, as dificuldades socioeconômicas, até a influência da família, dos amigos e da própria sociedade, são possíveis compreender o nível de obstáculos que esses jovens enfrentam e a necessidade de políticas que atinjam diretamente os problemas das pessoas jovens com transtornos de ordem da Saúde Mental.

As taxas significativas de transtornos mentais na juventude, combinadas com a falta de opções eficazes de intervenção precoce, realçam a importância de um acesso mais amplo e mais simples aos serviços de Saúde Mental. Contudo, o estigma associado aos transtornos mentais cria barreiras que impedem muitos jovens de procurar ajuda no CAPS.

A família, embora desempenhe um papel fundamental na rede de apoio, também pode ser um fator de risco, contribuindo para os problemas. A carga emocional enfrentada pelas famílias dos pacientes e a falta de compreensão sobre a eficácia dos tratamentos prestados nas instalações contribuem para a baixa adesão aos serviços de Saúde Mental.

Além disso, a adolescência, um período crítico para o desenvolvimento mental e neurológico, apresenta desafios especiais. O impacto destes desafios na idade adulta é alarmante, incluindo uma maior propensão para comportamentos de risco.

A experiência adquirida no campo de estágio mostra que muitos jovens encontram barreiras como a falta de apoio familiar, problemas de relacionamento e estereótipos que os impedem de aderir ao tratamento no CAPS.

A problemática do abandono prematuro do tratamento é um importante problema de saúde que requer atenção especial, em termos de preparação dos profissionais e planejamento dos serviços de saúde envolvidos no desenvolvimento de intervenções dadas aos usuários vulneráveis. Os custos emocionais e sociais da renúncia ao tratamento psicossocial são elevados e podem ser reduzidos se forem incentivadas ações no início do tratamento de pessoas pacientes atingidas por sofrimento psicológico/ psíquico. Diante disso, na formação profissional em Serviço Social, é importante que os demais profissionais, tanto o terapeuta como o assistente social estejam atentos, como parte de uma equipe multidisciplinar, às características no processo de acolhimento para ser desenvolvido com o paciente uma relação de confiança para incentivar práticas de não abandono de tratamento.

Por fim, o abandono ao tratamento psíquico está relacionado às situações de interrupção do processo terapêutico que estão relacionadas a uma série de fatores, como características do paciente, do profissional, da técnica e da situação em que o paciente se insere. Pode-se reconhecer que este tema é uma questão importante para a prática profissional, dadas as consequências negativas da interrupção dos tratamentos de Saúde Mental nos domínios pessoal, social e econômico da realidade, daí a importância do desenvolvimento de ações concretas dirigidas a este tema. Estas ações vão desde medidas limitadas à área técnica de formação profissional e melhoria do tratamento até medidas na área da política de saúde. E também um reconhecimento da complexidade do atendimento clínico em ambientes diversos, muitas vezes utilizando modelos terapêuticos que não levam em conta as particularidades das necessidades organizacionais.

Em resumo, abordar estes fatores multidimensionais é fundamental para desenvolver estratégias de prevenção e tratamento mais eficazes que visem não só a saúde individual dos jovens, mas também o bem-estar da sociedade em sua totalidade. O desafio é promover um ambiente que minimize o estigma, fortaleça os laços familiares e sociais e forneça recursos suficientes para abordar as perturbações mentais numa idade precoce, evitando assim os seus efeitos negativos a longo prazo.

## BIBLIOGRAFIA

A criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (1920). Disponível em: <<https://1library.org/article/a-cria%C3%A7%C3%A3o-do-departamento-nacional-de-sa%C3%BAde-p%C3%BAblica.y9gdrvjq>>. Acesso em: 15 nov. 2023.

A Revolta da Vacina: Mentres insanas em corpos rebeldes. Disponível em: <<https://www.saudemaispublica.com/leituras-sugeridas/a-revolta-da-vacina-mentres-insanas-em-c-orpos-rebeldes>>. Acesso em: 15 nov. 2023.

ALVES, B. / O. / O. / O. 20 anos da Reforma Psiquiátrica no Brasil: 18/5 – Dia Nacional da Luta Antimanicomial. Disponível em: <<https://bvsm.sau.de.gov.br/20-anos-da-reforma-psiquiatica-no-brasil-18-5-dia-nacional-da-luta-a-ntimanicomial/>>. Acesso em: 15 nov. 2023.

AHLERT, B. O Papel do Serviço Social na Saúde Mental. TCC- Dissertação - Faculdade de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2005.

AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. Cadernos de saúde pública, v. 11, n. 3, p. 491–494, 1995.

AMARANTE, P.; NUNES, M. DE O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. Ciência & saúde coletiva, v. 23, n. 6, p. 2067–2074, 2018.

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

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente: Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 2002.

BENETTI. S. P. C.; Tatiane R. S. Cunha. Abandono de tratamento psicoterápico: implicações para a prática clínica, 2008. SALLES, M. M.; BARROS, S. Exclusão/inclusão social de usuários de um centro de atenção psicossocial na vida cotidiana. Texto & contexto enfermagem, v. 22, n. 3, p. 704–712, 2013.

BERTOLI, F. Cláudio. História da saúde pública no Brasil. Disponível em: <<https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=4397512>>. Acesso em: 12 out. 2023.

BISNETO, José. Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional da prática. São Paulo: Cortez, 2007.

Centro de Atenção Psicossocial. Disponível em <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desme/raps/caps>>. Acesso em: 12 set. 2023.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Crianças e adolescentes na agenda política da Saúde Mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. Rio de Janeiro, 2015.

CUNHA P. M. D. a importância do trabalho do (da) assistente social no caps ij/ouro preto Disponível em: <<http://monografias.ufop.br/handle/35400000/2985>>. Acesso em: 2 dez. 2023.

GRESS. Código de Ética do Assistente Social. 9.ed. Rio de Janeiro: Lidador, 2011. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP2011\\_CFESS.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP2011_CFESS.pdf). Acesso em: 10 nov .2023.

Cronologia Histórica da Saúde Pública - Fundação Nacional de Saúde. Disponível em: <<https://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>>. Acesso em: 15 nov. 2023.

COSTA, Giselle Mara Cardoso da; MOLJO, Carina Berta. COVID-19 e Saúde Mental: desafios para o trabalho do Assistente Social. Argumentum, [S. l.], v. 15, n. 3, p. 95–110, 2023. DOI: 10.47456/argumentum.v15i3.40032. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/40032>. Acesso em: 4 fev. 2024.

DIAS DA COSTA, W.CORREA LIMA, C.; TEIXEIRA BRANDÃO, A.; SILVA MESQUITA, G. IMPACTOS DA PANDEMIA DE CORONAVÍRUS EM UM CAPS INFANTOJUVENIL DO DISTRITO FEDERAL. Health Residencies Journal - HRJ, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 1–20, 2020. DOI: 10.51723/hrj.v1i1.19. Disponível em: <https://escsresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/19>. Acesso em: 2 fev. 2024.

Disponível em: <[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7248755/mod\\_resource/content/1/%28Bertolli%29%20-%20Uma%20hist%C3%B3ria%20de%20sa%C3%BAde%20p%C3%BAblica%20no%20Brasil.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7248755/mod_resource/content/1/%28Bertolli%29%20-%20Uma%20hist%C3%B3ria%20de%20sa%C3%BAde%20p%C3%BAblica%20no%20Brasil.pdf)>. Acesso em: 8 ago. 2023.

SILVA, T. B.; PARRÃO, J. A. Saúde Mental de crianças e adolescentes: a importância do fortalecimento de vínculo no processo de tratamento e as contribuições do serviço social na “ubs COHAB” de presidente prudente. Disponível

em<<http://intertemas.toledoprudente.edu.br/index.php/SemIntegrado/article/viewFile/4640/4401>>. Acesso em: 20 dez. 2023.

NASCIMENTO, R. C. Loucura e Cidadania: Avanços e Impasses da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Disponível em: <[https://app.uff.br/slab/uploads/Loucura\\_e\\_Cidadania\\_Avan%C3%A7os\\_e\\_Impasses\\_da\\_Reforma\\_Psiqui%C3%A1trica\\_Brasileira.pdf](https://app.uff.br/slab/uploads/Loucura_e_Cidadania_Avan%C3%A7os_e_Impasses_da_Reforma_Psiqui%C3%A1trica_Brasileira.pdf)>. Acesso em: 15 nov. 2023.

DOS SERVIÇOS DE, C. R. DE R. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)>. Acesso em: 11 set. 2023.

FOUCAULT, Michel. História da loucura na idade clássica. São Paulo: Perspectiva, 1978

FIGUÊIREDO, M. L. R.; DELEVATI, D. M.; TAVARES, M. G. Entre loucos e manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil. Revista cadernos de graduação ciências humanas e sociais, 2014, n. 2, v.2, p. 121-136. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitshumanas/article/view/1797>.

FUNDAÇÃO, O. Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde 2 2 2 2. Disponível em: <<https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l25.pdf>>. Acesso em: 17 ago. 2023.

IAMAMOTO, M. V. O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez. 2001.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. de. Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 19 ed. São Paulo: Cortez, 2006.

IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z. Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. Ciencia & saude coletiva, v. 24, n. 4, p. 1247–1254, 2019.

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo, 2002, p.54.

HERMÍNIO, K.II, A. a psicopatologia infantil na perspectiva de profissionais da. Disponível em: <<https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/10436/1/Artigo%20Cient%C3%ADfico%20-%20Kamilla%20Herm%C3%ADnio%20Alves.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2023.

JAI K. D. M. D. Interventions for Adolescent Mental Health: An Overview of Systematic Reviews. *Journal of Adolescent Health*, v. 59, n. 4, p. 49-60. Oct 2016.

LIANDRO DE FREITAS, B. A evolução da Saúde Mental no Brasil: Reinserção social the evolution of Mental Health in Brazil: Social reinsertion. Disponível em: <[https://semanaacademica.org.br/system/files/artigos/a\\_evolucao\\_da\\_saude\\_mental\\_no\\_brasil\\_reinsercao\\_social\\_0.pdf](https://semanaacademica.org.br/system/files/artigos/a_evolucao_da_saude_mental_no_brasil_reinsercao_social_0.pdf)>. Acesso em: 2 dez. 2023.

Ministério da Saúde. Manual CAPS: Saúde Mental do SUS. Disponível em: <[http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf)>. Acesso em: 29 nov. 2023.

Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 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. *Diário Oficial [da] União, Brasília, DF*, 9 fev. 2002b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html). Acesso em: 10 agosto. 2023.

MESSAS, G. P. O espírito das leis e as leis do espírito: a evolução do pensamento legislativo brasileiro em Saúde Mental. *História, ciência, saúde: manguinhos*, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.65-98, 2008.

MOHAMMADI, A. Unified Protocol for Transdiagnostic Prevention of Depression and Anxiety in Iranian Adolescents: Protocol Development and Initial Outcome Data. *Iran J Psychiatry*, v. 14, n. 2, p. 171-178, 2019.

MOURA, Helene C. (org.). *I Congresso Internacional de Política Social e Serviço Social: Desafios Contemporâneos. A atuação do Serviço Social na política de Saúde Mental brasileira: desafios contemporâneos*. Londrina PR, de 09 a 12 de junho de 2015

MOTA, S. D.; PEGORARO, R. F. Concepções de familiares sobre um centro de atenção psicossocial. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, v. 13, n. 2, p. 1–17, 2018.

O Centro de Atenção Psicossocial no cotidiano dos seus usuários. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/Ts8dq9WxHXwKK3BkppPgSk/?format=html&lang=pt>>. Acesso em: 12 set. 2023.

OLIVEIRA, A. L. História da saúde no Brasil: dos primórdios ao surgimento do SUS. Disponível em: <<https://facasc.emnuvens.com.br/ret/article/viewFile/198/189>>. Acesso em: 2 mar. 2024.

OLIVEIRA, G. N. O projeto Terapêutico Singular. In: CUNHA, G. T. A construção da clínica ampliada na atenção básica. 3ª Ed. São Paulo. Hucitec, 2010

PAIM JS. Reforma sanitária brasileira: Contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

PEIXOTO F. N. abordagem à Saúde Mental na adolescência: projeto de intervenção na comunidade capivara em são miguel do anta-minas gerais juiz de fora/ minas gerais. Disponível em:

<<https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/37854/5/Abordagem%20%C3%A0%20sa%C3%BAde%20mental%20na%20adolesc%C3%Aancia%20projeto%20de%20interven%C3%A7%C3%A3o%20na%20comunidade%20Capivara%20em%20S%C3%A3o%20Miguel%20do%20Anta-%20Mina s%20Gerais.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2023.

PIAGET, J. Aprendizagem e conhecimento. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1979.

PRESTES, C. R. S. NÃO SOU EU DO CAMPO PSI? VOZES DE JULIANO MOREIRA E OUTRAS FIGURAS NEGRAS. Revista da Associação Brasileira de Pesquisador s Negr s - ABPN, v. 12, n. Edição Especial, p. 52–77, 2020.

RIBEIRO, M. S. Fatores associados ao abandono de tratamento em Saúde Mental em uma unidade de nível secundário do Sistema Municipal de Saúde. Jornal brasileiro de psiquiatria, v. 57, n. 1, p. 16–22, 2008.

Rede de Atenção Psicossocial. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desme/raps>>. Acesso em: 16 nov. 2023.

ROSA, L. C. dos S.; CAMPOS, Rosana Teresa Onocko. Saúde Mental e classe social: CAPS, um serviço de classe e interclasses; Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 114, p. 311-331 abr./jun. 2013.

ROSA, L. C. dos S.; LUSTOSA, Amanda Furtado Mascarenhas. AFINAL, O QUE FAZ O SERVIÇO SOCIAL NA Saúde Mental? Serv. Soc. & Saúde, Campinas, SP v. 11, n. 1 (13), p. 27-50 jan./ jun. 2012 ISSN 1676-6806.

REVISTA, E. Conselho Federal de Serviço Social -CFESS. Disponível em: <[https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP\\_CFESS-SITE.pdf](https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf)>. Acesso em: 15 nov. 2023.

TAVARES V. Fiocruz. Saúde Mental: especialistas falam sobre os desafios no cuidado de jovens e adolescentes. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/saude-mental-especialistas-falam-sobre-os-desafios-no-cuidado-d-e-jovens-e-adolescentes>>. Acesso em: 7 nov. 2023.

Sistema Nacional da Juventude (Sinajuve). Disponível em: <<https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/juventude/acoes-e-programas/sistema-nacional-da-juventude-sinajuve>>. Acesso em: 4 dez. 2023.

SANTOS, Pedro Antonio N. dos; MIRANDA, Marlene B. S.O PERCURSO HISTÓRICO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA ATÉ A VOLTA PARA CASA. Disponível em: <<http://www.repositorio.bahiana.edu.br/jspui/bitstream/bahiana/366/1/O%20PERCURSO%20HISTORICO%20DA%20REFORMA%20PSIQUIATRICA%20ATE%20A%20VOLTA%20PARA%20CASA.pdf>>. Acesso em: 2 dez. 2023.

SILVEIRA, F. DE A.; SIMANKE, R. T. A psicologia em História da Loucura de Michel Foucault. Fractal: Revista de psicologia, v. 21, n. 1, p. 23–42, 2009.

THIENGO, D. L.; CAVALCANTE, M. T.; LOVISI, G. M. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. Jornal brasileiro de psiquiatria, v. 63, n. 4, p. 360–372, 2014.

YONESHIGUE B. Saúde mental: indicador inédito mostra os perfis dos brasileiros que mais sofrem no país; veja os grupos. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/saude/bem-estar/noticia/2023/08/04/saude-mental-indicador-inedito-mostra-os-perfis-dos-brasileiros-que-mais-sofrem-no-pais-veja-os-grupos.ghtml>>. Acesso em: 4 dez. 2023.

VASCONCELOS, E. M. Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2002.



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Carta Circular nº 166/2018-CONEP/SECNS/MS

Brasília, 12 de junho de 2018.

Assunto: **Esclarecimentos acerca da tramitação dos estudos do tipo “relato de caso” no Sistema CEP/Conep para a área biomédica.**

Prezados (as) Coordenadores (as) dos Comitês de Ética em Pesquisa, pesquisadores e demais interessados,

1. Em virtude das inúmeras consultas que a Conep tem recebido acerca da maneira com que os estudos do tipo relato de caso devem tramitar no Sistema, faz-se necessário esclarecer e orientar sobre o assunto.
  - a) Compreende-se “relato de caso” a modalidade de estudo na área biomédica com delineamento descritivo, sem grupo controle, de caráter narrativo e reflexivo, cujos dados são provenientes da prática cotidiana ou da atividade profissional. Portanto, no momento da elaboração do relato do caso, os eventos narrados estarão consumados, não estando previstos experimentos como objeto do estudo. Tem como finalidade destacar fato inusitado ou relevante, ampliando o conhecimento ou sugerindo hipóteses para outros estudos.
  - b) Não se enquadram na modalidade “relato de caso” as descrições de novo procedimento ou técnica cirúrgica, novo dispositivo ou novo medicamento.
  - c) Os estudos realizados com informações provenientes do cotidiano ou da prática profissional, como os relatos de caso, são eticamente aceitáveis, desde que respeitados os preceitos relacionados à privacidade dos participantes, à confidencialidade dos dados e a dignidade humana.
  - d) O “relato de caso” não é isento de riscos, podendo ocorrer quebra da confidencialidade. Esta pode trazer danos, materiais e morais, ao participante e a terceiros. Não é permitida qualquer forma de identificação do participante sem o seu consentimento. Qualquer informação que possibilite a identificação deve ser evitada, tais como: nome, codinome, iniciais, registros individuais, informações postais, números de telefone, endereços eletrônicos, fotografias, figuras, características morfológicas, entre outros. Sempre que o relato de caso requerer o uso de imagem do participante, deverá ser obtida a autorização do uso de imagem no TCLE ou em documento separado, preservando-se a autoria de quem coletou a imagem, nos termos da lei.
  - e) O consentimento do participante (ou responsável legal) para a elaboração do “relato de caso” é essencial e deve ser obtida previamente à publicação ou divulgação, por meio de termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), acompanhado do termo de assentimento quando necessário. A dispensa do termo de consentimento será analisada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, mediante apresentação de justificativa pertinente.
2. Diante do exposto, a Conep faz as seguintes orientações aos Comitês de Ética em Pesquisa e aos pesquisadores para a tramitação de propostas de “relato de caso”:
  - a) A proposta deve ser submetida via Plataforma Brasil (PB) e apreciada pelo sistema CEP/Conep, previamente à sua publicação ou divulgação;
  - b) Serão consideradas duas modalidades de submissão na PB, a critério do pesquisador: