



**MINISTÉRIO PÚBLICO DE PERNAMBUCO
CENTRO DE APOIO OPERACIONAL DE DEFESA DA INFÂNCIA E
JUVENTUDE**

RELATÓRIO FINAL DE ATIVIDADES DO PROJETO

**CRIANDO ESPAÇOS NA REDE DE ATENÇÃO:
UM CAPS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

Responsável: Gilberto Lucio da Silva – Analista Ministerial em Psicologia

**DADOS DA INSCRIÇÃO DO PROJETO NO
CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO**

Boa Prática/Projeto Código:1222/2016

Programa PEN-MP: Infância e Juventude

Objetivo Estratégico PEN-MP: Assegurar o respeito aos direitos da criança e do adolescente, idoso e da pessoa com deficiência.

Nome: CRIANDO ESPAÇOS NA REDE DE ATENÇÃO: UM CAPS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Data Inicial:11/06/2015

Órgãos Envolvidos: Ministério Público do Estado de Pernambuco; Governo do Estado de Pernambuco por meio das Secretarias de Desenvolvimento Social, Criança e Juventude, Educação e Saúde; Conselhos Tutelares e Conselhos de Defesa de Direitos da Criança e do Adolescente; prefeituras de Caruaru, Garanhuns Gravatá, Olinda, Palmares, Petrolina, Salgueiro e São Lourenço da

Mata, por meio das secretarias municipais de Ação Social, Educação e Saúde, em especial a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de cada município.

Público Alvo: Crianças, adolescentes e suas famílias, residentes nas comarcas sedes de circunscrição e municípios adjacentes, que necessitam atenção especializada em saúde mental e/ou tratamento de usuários com transtorno mental e abuso/dependência de drogas.

Ementa: Promoção do direito à saúde de crianças e adolescentes, por meio da articulação intersetorial e ações que visem à detecção precoce dos agravos em saúde mental, prevenção do abuso de drogas e a garantia do serviço de atendimento especializado aos usuários/dependentes; mapeamento da rede de atenção básica em saúde mental, atenção psicossocial especializada, atenção em urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar especializada, e outros componentes disponíveis no território; levantamento de dados sobre situação de atendimento à população de cada circunscrição ministerial, com destaque para as demandas detectadas e não acolhidas pela rede existente; estímulo à capacitação de agentes públicos ao enfrentamento do problema; divulgação das boas práticas desenvolvidas por membros do MPPE.

Cronograma/Duração do Projeto: período de execução de julho de 2015 a outubro de 2017.

Estimativa de Recursos: Os recursos utilizados foram inseridos no orçamento do Ministério Público nas áreas de comunicação e estruturação de promotorias configurando despesas de natureza corrente

1. INTRODUÇÃO

Instituídos no ordenamento das políticas públicas de saúde no início da década de 1990, os Núcleos ou Centros de Atenção Psicossocial – NAPS/CAPS, dispositivos extra-hospitalares de atendimento ao portador de transtorno mental, conforme destacam Cunha e Boarini (2011), o CAPS infantil somente foi regulamentado com a publicação da Portaria 336, do Ministério da Saúde, em 19 de fevereiro de 2002.

Essa inclusão tardia da saúde mental infantojuvenil na agenda das políticas de saúde mental, pode ser atribuída a diversos fatores, que vão desde a extensa e variada gama de problemas relacionados à saúde mental da infância e adolescência, que envolvem os chamados transtornos globais do desenvolvimento (p. ex., autismo), transtorno de conduta, hiperatividade, depressão, ansiedade e uso abusivo de substâncias, até a existência de uma variação considerável em termos de período de incidência (COUTO, DUARTE e DELGADO, 2008). Conforme acentuam as pesquisas, é evidente a carência de estudos rigorosos e abrangentes sobre a “frequência, persistência, prejuízo funcional e consequências na vida adulta associadas aos transtornos mentais da infância e adolescência” e, de igual modo, de “evidências empíricas de qualidade sobre a eficácia e a efetividade de tratamentos para transtornos mentais infantis” (*idem*).

Não obstante a constatação desses fatores, cuja superação depende do desenvolvimento científico na sistematização dos programas e práticas terapêuticas que melhor atendam as demandas em saúde mental infantojuvenil, entende-se que é necessário enfatizar a particularidade do sistema de cuidado voltado para crianças e adolescentes. Tal sistema envolve a atividade de vários setores autônomos em relação à saúde mental propriamente dita, tais como: saúde geral/atenção básica, educação, assistência social, justiça e direitos.

Conforme regulamentação supramencionada, os Centros de Atenção Psicossocial podem ser organizados em cinco modalidades diferenciadas,

dependendo da população atendida, e a implantação de cada modalidade parte da avaliação do perfil populacional do município ou região, em atenção aos critérios delineados na tabela a seguir:

Modalidades de Centros de Atenção Psicossocial		
Tipo	Público-alvo	Equipe
CAPS I	Atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 15 mil habitantes.	Equipe mínima: 1 médico com formação em saúde mental; 1 enfermeiro; 3 profissionais de nível universitário, 4 profissionais de nível médio.
CAPS II	Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70 mil habitantes.	Equipe mínima: 1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 4 profissionais de nível superior, 6 profissionais de nível médio
CAPS III	Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPSad. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 150 mil habitantes.	Equipe mínima: 2 médicos psiquiatras; 1 enfermeiro com formação em saúde mental, 5 profissionais de nível universitário, 8 profissionais de nível médio. Para o período de acolhimento noturno, a equipe deve ser composta por: 3 técnicos/auxiliares de Enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço, 1 profissional de nível médio da área de apoio. Para as 12 horas

		<p>diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por: 1 profissional de nível universitário, 3 técnicos/auxiliares de Enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço, 1 profissional de nível médio da área de apoio.</p>
CAPSad	<p>Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70 mil habitantes.</p>	<p>Equipe mínima: 1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 1 médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas; 4 profissionais de nível universitário, 6 profissionais de nível médio.</p>
CAPSad III	<p>Atende adultos, crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com sofrimento psíquico intenso e necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo 12 leitos de hospitalidade para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de 150 mil habitantes.</p>	<p>Equipe mínima: 60 horas de profissional médico, entre psiquiatra e clínicos com formação e/ou experiência em saúde mental, sendo mínimo 1 psiquiatra; 1 enfermeiro com experiência e/ou formação na área de saúde mental; 5 profissionais de nível universitário*, 4 técnicos de Enfermagem; 4 profissionais de nível médio; 1 profissional de nível médio para a realização de atividades de natureza administrativa.</p> <p>Para os períodos de acolhimento noturno, a equipe mínima ficará acrescida dos seguintes profissionais: 1 profissional</p>

de saúde de nível universitário, preferencialmente enfermeiro; 2 técnicos de Enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço; e 1 profissional de nível fundamental ou médio para a realização de atividades de natureza administrativa.

Para os períodos de acolhimento noturno, a equipe mínima ficará acrescida dos seguintes profissionais: 1 profissional de saúde de nível universitário, preferencialmente enfermeiro; 2 técnicos de Enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço; e 1 profissional de nível fundamental ou médio para a realização de atividades de natureza administrativa.

No período diurno aos sábados, domingos e feriados, a equipe mínima será composta da seguinte forma: 1 enfermeiro, 3 técnicos de Enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço, 1 profissional de nível fundamental ou médio para a realização de atividades de natureza administrativa.

CAPSi

Atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e

Equipe mínima: 1 médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; 1 enfermeiro, 4 profissionais de nível superior, 5

persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes. profissionais de nível médio.

Tomando por base essas referências, o presente relatório tem por objetivo apresentar uma visão geral e conclusiva dos trabalhos desenvolvidos nos eventos do projeto Criando Espaços na Rede de Atenção: Um CAPS para crianças e adolescentes, realizado com o apoio das Circunscrições Ministeriais, notadamente das Promotorias de Justiça dos municípios de São Lourenço da Mata, Olinda, Palmares, Salgueiro, Petrolina, Gravatá, Caruaru e Garanhuns, cidades que acolheram e promoveram a realização dos encontros regionais previstos na execução desta ação ministerial.

Executado a partir de 2016, este projeto visou atender ao objetivo estratégico de atuar de forma proativa, efetiva, preventiva e resolutiva, assegurando o respeito aos direitos da criança e do adolescente, e garantir a promoção do direito à saúde de crianças e adolescentes, por meio da articulação intersetorial e ações que visem à detecção precoce dos agravos em saúde mental, prevenção do abuso de drogas e a garantia do serviço de atendimento especializado aos usuários/dependentes.

Em sua estrutura, os principais objetivos do projeto foram:

- a) A promoção do direito à saúde de crianças e adolescentes, por meio da articulação intersetorial e ações que visem à detecção precoce dos agravos em saúde mental, a prevenção do abuso de drogas e a garantia do serviço de atendimento especializado aos usuários/dependentes;

- b) O mapeamento da rede de atenção básica em saúde mental, atenção psicossocial especializada, atenção em urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar especializada, e demais componentes da rede de atenção, disponíveis no território;
- c) O levantamento de dados sobre situação de atendimento à população de cada circunscrição ministerial, com destaque para as demandas detectadas e não acolhidas pela rede existente;
- d) O estímulo à capacitação de agentes públicos ao enfrentamento do problema;
- e) A divulgação das boas práticas desenvolvidas por membros do MPPE.

O projeto partiu do princípio de que a procura por garantir para o público infantojuvenil o efetivo e integral exercício de seus direitos fundamentais inclui preservar o direito à saúde (art. 196, CF, *caput*) e à proteção especial, por meio de “programas de prevenção e atendimento especializado à criança e ao adolescente dependente de entorpecentes e drogas afins” (art. 227, CF, § 3º, inciso VII).

Ao pensarmos especificamente em políticas públicas que estabeleçam ações voltadas à atenção para o público infantojuvenil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/90) é a diretriz fundamental, devendo ser apreciado em quaisquer projetos de atenção a esse público. É fato histórico que o mesmo constituiu uma aquisição legal fundamental para a proteção dos direitos das crianças e dos adolescentes, considerando-os em uma "condição peculiar de pessoa em desenvolvimento", o que lhes garante prioridade absoluta na elaboração e aplicação de políticas que assegurem a efetivação dos direitos referentes à vida, saúde, alimentação, educação, esporte, lazer, entre outros.

O ECA estabelece como dever de todos prevenir a ocorrência de ameaça ou violação dos direitos da criança e do adolescente (artigo 70), e

inclui, entre outras responsabilidades da sociedade, e em especial do Poder Público, impedir o acesso de crianças e adolescentes a produtos e serviços que possam causar dependência física ou psíquica ainda que por utilização indevida (artigo 81).

Saliente-se, de igual modo, que de modo a permitir a inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos, em regime ambulatorial e hospitalar, conforme preconiza o Estatuto da Criança e do Adolescente (art. 101, inciso V e VI, ECA), mantendo como diretriz a municipalização no atendimento (art. 88, inciso I, ECA), todos os serviços existentes de atenção a crianças e adolescentes usuários/dependentes de substâncias psicoativas (SPA) devem integrar a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, junto a promoção de ações preventivas e de reinserção social.

Diz a máxima, referendada pelas estatísticas, que prevenir sempre é menos custoso que tratar. Transtornos mentais e de comportamento não diagnosticados precocemente resultam em agravamento dos sintomas iniciais e cronicidade dos problemas na vida adulta.

Nas últimas décadas indicadores apontam que o abuso de substâncias psicoativas vem tomando dimensões preocupantes, por vezes trazendo sérios prejuízos à população, principalmente entre crianças, adolescentes e adultos jovens. Além disso, associados ao consumo abusivo de drogas, diversos danos secundários, tais como acidentes de trânsito, overdoses, doenças cardiorespiratórias, prejuízos escolares e ocupacionais, e principalmente a violência decorrente da ação farmacológica dessas substâncias. Violência que se expressa na ocorrência de brigas, homicídios e à prática de atos ilícitos entre os jovens, e tem clamado por uma intervenção inadiável do poder público, seja no aspecto da prevenção, em termos do retardamento do início do consumo, seja no aspecto do tratamento.

Em que pese o cenário epidemiológico contemporâneo, o qual envolve um crescente consumo de substâncias psicoativas por crianças e adolescentes

geralmente associados a contextos de vulnerabilidade familiar e a recorrente e constatável carência de políticas e programas de atendimento, que priorizem esse público e suas respectivas famílias, uma intervenção mais efetiva do Ministério Público, legítimo defensor extrajudicial e judicial dos interesses e direitos atinentes à infância e juventude (arts. 127 e 129, inciso II, CF, art. 201, inciso V e VIII, e 210, inciso I, ECA), deve priorizar a adequação dos serviços disponíveis.

Dentre os Princípios do Tratamento da Dependência de Drogas, preconizados pela Organização Mundial de Saúde (WHO/UNODC, 2008) consta, além da disponibilidade e acesso dos serviços de saúde as várias necessidades do paciente, a prioridade da atenção aos subgrupos e condições específicas, dentre as quais se destacam crianças e adolescentes.

Para Fleitlich e Goodman (2002), “a gravidade de repercussões dos transtornos mentais na infância e adolescência, assim como as altas taxas principalmente em regiões mais carentes, indicam a necessidade e a importância da implantação e implementação de serviços de saúde mental comunitários para crianças e adolescentes.”

Em parte reflexo das condições sociais e culturais, com destaque para o aumento da criminalidade e do controle de muitas zonas urbanas por grupos do crime organizado, em parte associado a banalização da miséria e a fragilização das relações familiares, é significativo, no contexto contemporâneo, o aumento do uso e no fenômeno da dependência de drogas (SPOHR, LEITÃO e SCHNEIDER, 2006).

Do ponto de vista das políticas públicas de saúde, priorizar a defesa da vida, a preservação da cidadania e a adequação do modelo de tratamento a singularidade de cada grupo populacional são ações que devem se pautar nos documentos legais que regulamentam a implantação de serviços e ações para prevenir, tratar e reinserir socialmente a criança e o adolescente que está em situação de risco seja pelo abuso/dependência de substâncias psicoativas, seja pela ausência de diagnóstico de transtornos mentais em tenra idade.

Dentre estes documentos, destacam-se ainda:

- A Lei Federal nº 10.216/2001, que redirecionou o modelo de assistência à saúde mental no Brasil, determina, em seu artigo 2º – Direitos da pessoa portadora de transtorno mental, inciso I, o direito de cada indivíduo a ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- A Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080/1990, que estabelece como princípio da Universalidade de acesso à possibilidade de atenção à saúde a todos os brasileiros, conforme a necessidade;
- A Política Nacional de Saúde Mental, que tem como macro-objetivo a construção de uma rede integrada de atenção à saúde mental de diferentes níveis de complexidade;

2. OPERACIONALIZAÇÃO

O projeto teve início com a coleta de informações consolidadas sobre a RAPS infantojuvenil em todo o estado, e das intervenções já realizadas pelas Promotorias de Justiça em cada comarca no sentido do fortalecimento da rede, com destaque para o projeto voltado ao município de Jaboatão dos Guararapes e participação em Fórum Estadual e em Audiência Pública sobre a Lei nº 13.106/2015 (que alterou o ECA, para tornar crime vender, fornecer, servir, ministrar ou entregar bebida alcoólica a criança ou a adolescente).

A estratégia adotada no projeto compreendeu cinco ações:

- 1) **Apresentação da proposta:** Contatos prévios da equipe do CAO-IJ com a PJ local (sensibilização sobre o tema e apresentação do roteiro de trabalho);
- 2) **Avaliação do funcionamento do serviço de atendimento de crianças e adolescentes** com transtornos mentais ou uso abusivo/dependente de substâncias psicoativas em cada comarca, com verificação inicial de Instauração de Procedimento a partir da

informação de irregularidades ou da inexistência de serviços; posterior realização de seminário regional para apresentação das orientações técnicas para estruturação da Rede de Atenção Psicossocial em Saúde Mental Infantojuvenil, e levantamento de informações sobre o funcionamento dos serviços de atenção junto a diversos órgãos (SMS, COMAD, CMDCA, CTs, CRAS, CAPS, CREAS); realização de análise das informações coletadas;

- 3) **Organização do serviço de atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais ou uso abusivo/dependente de substâncias psicoativas:** Elaboração, produção e distribuição de material de apoio (cartilhas produzidas pelo Ministério da Saúde, pela Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas e pelo CAO-IJ/MPPE, além do conteúdo das palestras apresentadas nos encontros regionais); estímulo à resolução das irregularidades encontradas no serviço ou da sua insuficiência ou inexistência: pela designação de Audiência com gestores públicos (prefeitos, secretários de saúde, assistência social e educação) para cientificá-los da inexistência de ou das irregularidades encontradas no serviço de atendimento, com o objetivo de saná-las por meio de Termo de Ajustamento de Conduta e comunicação aos Conselhos Municipais de Saúde e dos Direitos da Criança e do Adolescente, oferecendo prazo para deliberação, preferencialmente de forma conjunta, de políticas públicas de atendimento de crianças e adolescentes; ajuizar diretamente ação de obrigação de fazer, consistente no oferecimento do acesso ao atendimento disponibilizado no CAPSi, CAPS AD (Municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes), ou CAPSiad III (Municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes), de acordo com Portaria MS nº. 336/2002, Portaria n. 3.088/2011 (artigo 7º, § 4º), e na Unidade de Acolhimento Infantojuvenil, em conformidade com a Portaria MS nº. 121/2012;

4. **Mobilização para o enfrentamento da ausência ou insuficiência da Rede de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes** pela promoção de Audiências Públicas, com registro em ata, no intuito de discutir a temática e traçar estratégias conjuntas no eixo da prevenção, a serem executadas a critério do Promotor de Justiça Titular (mapeamento, ações educativas, capacitações, etc.), estabelecendo parcerias (COMAD, CMDCA, CMS, Polícia Militar, Polícia Civil, Câmara de Vereadores, entre outros);
5. **Acompanhamento das ações propostas:** Audiência para avaliação da efetividade das ações implementadas, a critério do Promotor de Justiça Titular, com apresentação de relatórios trimestrais dos órgãos envolvidos (sobre cumprimento das ações), e reunião semestral com representantes dos órgãos parceiros.

Evento piloto realizado em 30 de março de 2016, no auditório da sede das Promotorias de Justiça do município de São Lourenço da Mata, deu início aos Encontros Regionais do projeto, incluindo representantes das redes de atenção de cada um das comarcas convidadas (Camaragibe, Carpina, Nazaré da Mata, Paudalho e São Lourenço da Mata), Promotores de Justiça, Conselheiros Tutelares, Conselheiros de Direitos da Criança e do Adolescente, Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas, Secretarias de Saúde, Educação, Assistência Social, Cultura e Lazer.

A programação dos eventos em cada Circunscrição Ministerial incluía a apresentação do CAO Infância e Juventude, *com a descrição dos objetivos do projeto Criando Espaços na Rede de Atenção*, a exposição do vídeo sobre as atribuições do CAO Infância e Juventude, e as palestras *Ativando a rede: a experiência de Arcoverde/Ibimirim*, *Normativas para a Estruturação da Rede de Atenção em Saúde Mental Infantojuvenil*, *As interfaces entre o SUAS e a atenção à saúde mental*, além da realização da *Oficina de Mapeamento da Rede Municipal*, que procurava registrar:

- Os equipamentos e serviços de saúde mental existentes na atenção ao público infantojuvenil;
- As fragilidades identificadas em cada comarca na capacidade de atendimento, indicando, quando possível, sugestões que pudessem atenuar ou contribuir para uma maior resolutividade dos serviços.

Na palestra “A experiência de Arcoverde/Ibimirim” foi descrito o processo de estabelecimento de um fluxo de atendimento de pessoas portadoras de transtornos de saúde mental, drogadição e álcool. Conforme exposto, o fluxograma de cada comarca deveria conter a indicação de local e horário específico em que os indivíduos portadores dos transtornos referidos receberiam atendimento no Centro de Referência em Assistência Social (CREAS) e no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) municipais. E, por meio da celebração de Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) com o poder executivo em cada comarca, ficaram estabelecidos prazos e sanções para o não cumprimento das ações ali previstas, elaboração de cartazes e panfletos para informar à população o local e horário para buscar informações a respeito do tratamento, bem como panfletos informando horários de saída dos veículos, data e horário de marcação e documentos necessários, relativos ao Tratamento Fora do domicílio (TFD).



Destacou-se a precariedade de serviços e a desarticulação encontrada em diferentes contextos do interior do estado de Pernambuco, partindo de uma máxima pragmática: "temos de tecer (a rede) com as linhas que temos" de modo a priorizar a identificação de elementos de baixo custo para a administração municipal, mas que poderiam dinamizar o atendimento feito em serviços públicos de atenção socioassistencial e de saúde.

Ao final, foram apresentados a descrição de cada fluxo, os atores sociais diretamente envolvidos e um breve resumo dos resultados alcançados, em especial nos casos de adolescente em cumprimento de medidas socioeducativas acompanhados pelo CREAS, com a apresentação de relatório circunstanciado.



Em sua participação, a Gerência de Saúde Mental do Estado de Pernambuco, por sua vez, traçou um breve histórico da ampliação da rede de atenção psicossocial, a partir da década de 1990, e desenvolvimento da legislação brasileira sobre tratamento em saúde mental para a população infantojuvenil, cujo maior incremento se deu a partir do ano de 2001, com as normatizações por meio de portarias do Ministério da Saúde.

Descreveu os princípios do modelo intersetorial, e seus principais desafios para alcançar as ações de prevenção e promoção de saúde, atenção especializada, urgência e emergência e reabilitação social. Destacando a necessidade de permanente gestão do trabalho e recursos humanos, qualificação continuada, planejamento e avaliação das políticas, revelou o impacto do baixo financiamento, da precária mobilização e articulação da comunidade, e do controle social insignificante.

Apresentou ainda um mapeamento da rede de saúde mental existente em Pernambuco, com ênfase nos Centros de Atenção Psicossocial I, que devem atender a demanda infantojuvenil na ausência de equipamentos específicos.

A equipe do CAOP Infância e Juventude, por seu turno, descreveu os objetivos e plano de ação do projeto Criando Espaços na Rede de Atenção e apresentou as normativas vigentes para a estruturação dos equipamentos em saúde mental na esfera da Atenção Básica (Unidades Básicas de Saúde, Núcleos de Saúde da Família, Centros de Convivência), da Atenção Especializada (CAPS em suas diversas modalidades), da Atenção em Urgência e Emergência, hospitalar e em caráter residencial transitório.



Incluiu ainda a descrição dos diversos componentes da rede, a saber:

- Atenção Básica (Unidades Básicas de Saúde, Núcleos de Saúde da Família, Centros de Convivência);
- Atenção Especializada (CAPS em suas diversas modalidades);
- Atenção em Urgência e Emergência;
- Atenção Hospitalar (enfermarias especializadas e hospital de referência);
- Serviços com caráter residencial transitório (acolhimento de apoio aos CAPS);
- Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT);
- Outros componentes (Programas de reabilitação psicossocial, Programa de Saúde na Escola e Programa Academia da Saúde).



Em cada encontro teve lugar a Oficina de Mapeamento da Rede Municipal, sendo solicitado que a plenária se dividisse em grupos por município e registrasse por escrito: a) Os equipamentos, programas e serviços de saúde mental, de educação e de assistência social para crianças e adolescentes,

conselhos e outros órgãos do SGD que efetivamente existem em sua região e quais ainda são necessários ao pleno funcionamento da rede de atenção; b) As fragilidades identificadas em cada comarca na capacidade de atendimento, indicando, quando possível, sugestões que pudessem atenuar ou contribuir para uma maior resolutividade dos serviços.

3. RESULTADOS

Os encontros regionais realizados obtiveram excelentes índices de avaliação pelos participantes, conforme descritos nos relatórios mensais produzidos, os quais foram efetivamente publicizados no Ciranda de Notícias e enviados para os e-mails dos integrantes de cada encontro.

A totalização dos dados de participação pode ser conferida na tabela abaixo:

Encontros Criando Espaços na Rede de Atenção				
Evento	Local	Data	Participantes	Municípios alcançados
I	São Lourenço da Mata	30.03.2016	44	6
II	Olinda	29.04.2016	85	7
III	Palmares	01.06.2016	87	11
IV	Salgueiro	10.08.2016	74	16
V	Petrolina	14.09.2016	90	7
VI	Gravatá	28.09.2017	109	10
VII	Caruaru	04.10.2017	65	18
VIII	Garanhuns	27.11.2017	36	23

Em termos de fatores organizacionais internos foi possível elencar como pontos fortes:

- Estímulo ao estabelecimento de uma política estratégica de implantação da Rede de Atenção Psicossocial em Saúde Mental para infância e juventude; a promoção da mobilização social, por

meio da articulação intersetorial nos seminários regionais em todas as circunscrições do Estado;

- Ação articulada do Ministério Público com outros órgãos das esferas governamentais municipais e estadual;
- Mapeamento de rede de proteção e saúde existente nos respectivos territórios trabalhados, de modo a facilitar a ação do Ministério Público por meio dos instrumentos extrajudiciais ou judiciais.

Ainda no âmbito organizacional interno, os pontos fracos detectados na análise estratégica indicam que os mais recentes levantamentos realizados evidenciaram:

- Insuficiência de recursos materiais e humanos para implementação de uma eficiente Rede de Atenção Psicossocial em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes, revelando um deficit assistencial e de reabilitação psicossocial em todo o Estado;
- Inexistência de serviços de urgência/emergência em saúde mental em muitas comarcas, e os leitos em hospital geral (estadual) são claramente insuficientes para proporcionar uma intervenção qualificada para casos de desintoxicação pelo uso de drogas para o público-alvo deste projeto;
- Nos municípios em que existe algum equipamento público preconizado pela política de saúde vigente, o desconhecimento por parte da sociedade se mostra fator de despontecialização dos serviços prestados, exigindo uma interação eficiente entre os mais diversos responsáveis pelo fomento e execução das políticas públicas.



Por sua vez, os fatores externos configuravam como oportunidades:

- Fortalecimento da imagem do Ministério Público como defensor da sociedade, ao estimular a conjugação de esforços para a ampliação da rede de atenção especializada na saúde mental de crianças e adolescentes;
- Ampliação das parcerias do Ministério Público, por meio da articulação intersetorial, estabelecimento de fluxos de atendimento e prestação de serviços públicos;
- Desenvolvimento de uma ação articulada do Ministério Público com agentes envolvidos com a temática da saúde mental infantojuvenil e uso de drogas; e
- Possibilidade de resolução e superação mais célere de conflitos e entraves nessa área por meio dos instrumentos legais vinculados à ação extrajudicial do Ministério Público.

Quanto aos pontos de resistência externos, constatou-se que:

- A proposta mesma do desenvolvimento da Rede de Atenção Psicossocial em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes é

desconhecida por parte significativa dos profissionais que atuam no campo da saúde;

- O acionamento da “rede” se dá de maneira pontual e personalística, não se podendo falar em Programa Terapêutico Singular instituído de forma integrada com todos os componentes da rede de apoio, a não ser de modo eventual e assistemático;
- No contexto atual, a mera propagação da ideia, sem apoio financeiro e/ou compromisso e qualificação dos envolvidos, resulta em desassistência à população que padece com sofrimento e/ou agravos em saúde mental, em especial, crianças e adolescentes com transtornos decorrentes do abuso de substâncias psicoativas;
- A prioridade é que o controle das metas e fases seja rigoroso, de modo a evitar a frustração do público e profissionais mobilizados.



Destaque-se a experiência de mapeamento da rede feita de modo conjunto pelos integrantes de cada plenária, que permitiu reconhecer sem filtros, por exemplo, que na 1a. Circunscrição Ministerial, a modalidade mais comumente encontrada é o CAPS I. Esta região espelha uma realidade vivida na maior parte das comunidades brasileiras, onde a implantação de outras

modalidades de equipamentos de atenção psicossocial fica a depender da realização de consórcio entre os municípios para gerenciar o uso de equipamentos de alcance regional.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A previsão de acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde não significa que deva o gestor do Sistema de Saúde deixar de disponibilizar um atendimento *diferenciado e especializado* a crianças, adolescentes e suas respectivas famílias. Posto que, conforme preconiza o ECA, art. 11, é assegurado atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde.

O evento idealizado a partir do projeto Criando Espaços na Rede de Atenção: Um CAPS para crianças e adolescentes visou contribuir, a partir da reunião dos atores sociais mais diretamente envolvidos nas esferas da saúde, da assistência social, da educação e da justiça, para fomentar a construção de um planejamento coordenado da atenção aos transtornos mentais e ao uso de álcool e outras drogas que seja voltado ao público infanto-juvenil. Pois, entende-se que a efetiva implantação de políticas de saúde, o acompanhamento de programas e serviços, e a apreciação dos resultados obtidos exigem o estabelecimento de critérios e de processos de avaliação contínuos (FORMIGONI, 2000)

E, como é possível verificar, a partir dos dados colhidos e apresentados anteriormente, o público presente aos encontros demonstrou ter entendido esse objetivo. Conforme expresso na avaliação escrita de um dos profissionais, é preciso “trabalhar com o mínimo”, com os equipamentos, programas e serviços existentes em cada contexto, identificando demandas mais complexas para referenciar os casos que exigem maior atenção no cuidado, e exigir equipamentos mais adequados quando se fizer necessário,

uma vez que a oferta de serviços comunitários para os transtornos mentais mais comuns não elimina a necessidade de serviços hospitalares especializados para uma porcentagem menor de jovens portadores de transtornos mais graves e mais resistentes ao tratamento. (FLEITLICH e GOODMAN, 2002).

Em retrospecto, observa-se que, ao longo de dois anos (2016-2017) foi realizado não apenas um mapeamento da rede de atenção básica em saúde mental, atenção psicossocial especializada, atenção em urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar especializada, e outros componentes da rede de atenção, disponíveis no território, mas, de igual modo, foi promovido um levantamento de dados sobre situação de atendimento à população de cada circunscrição ministerial, com destaque para as demandas detectadas e não acolhidas pela rede existente; tendo sido promovido o estímulo à capacitação de agentes públicos ao enfrentamento do problema, além da divulgação das boas práticas desenvolvidas por membros do MPPE.

Restou claro que se faz necessário o desenvolvimento de uma metodologia própria para o enfrentamento das diversas demandas e situações peculiares que podem ocorrer, tendo sempre por norte o princípio da proteção integral à criança e ao adolescente, que se constitui na razão de ser da intervenção estatal.

A adoção de uma sistemática diferenciada deverá contemplar instalações físicas adequadas, em local diverso (ou isolado) daquele destinado ao atendimento das outras demandas a cargo do SUS, de modo a preservar a imagem, a identidade e a intimidade das crianças e adolescente atendidas (cf. arts. 17 e 18, do ECA), a qualificação profissional de todos aqueles que atuam no setor, a articulação de ações com outros órgãos e serviços municipais (como o CREAS/CRAS), bem como autoridades encarregadas do atendimento e/ou defesa dos direitos de crianças e adolescentes, como o Conselho Tutelar, o Ministério Público, a Justiça da Infância e da Juventude, os órgãos policiais

encarregados de atendimento de crianças e adolescentes vítimas de crime, bem como de adolescentes acusados da prática de ato infracional etc.

Se os CAPS devem ser organizados pelos Municípios, com incentivo financeiro do Ministério da Saúde como serviços de saúde abertos e comunitários, que ofereçam atendimento diário, conforme a Portaria MS n. 336/02, a modalidade CAPS Infantojuvenil (CAPSi) é especificamente voltada ao atendimento de crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida.

Para além da urgência de implantar equipamentos adequados na rede, os dados colhidos na realização das Oficinas de Mapeamento revelam que o público presente aos Encontros Criando Espaços na Rede de Atenção: um CAPS para crianças e adolescentes foi mobilizado dar início ao processo de construção de um fluxo ordenado e efetivo de atendimento à demanda, que incluía tanto serviços comunitários para os transtornos mentais mais comuns como serviços hospitalares especializados para crianças e adolescentes portadores de transtornos mais graves.

Depreende-se que o evento em comento proporcionou em muitos contextos o primeiro passo para promover maior articulação intersetorial, com a divulgação das intervenções dos membros do MPPE, o estímulo à reflexão sobre as práticas e pressupostos estabelecidos.

Construir uma rede de atendimento integrada é tarefa reconhecidamente difícil, mas se cada ator ou instituição fizer uma pequena parte daquilo que lhe compete, será possível atenuar vulnerabilidades e reduzir as várias formas de violência que podem afligir crianças e adolescentes. Por esta razão, como salientou-se em relatório anterior, se o ideal de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em Saúde Mental é demasiado ambicioso, a equipe do CAO-IJ optou por focar um ponto de atenção, e partir de algum

lugar na estruturação do SGD, visando a possibilidade de garantir a construção de ao menos um CAPS para a demanda específica deste grupo social.

Para além da "utopia" faz-se necessário garantir investimentos materiais e humanos com absoluta prioridade, conforme preconizado no ECA, aliados à vontade política, ao comprometimento cidadão e à colaboração de profissionais éticos, de modo a enfrentar o desafio constante de trabalhar de forma articulada, complementar, integrada e intersetorial.

Ao lado dos temas principais como transtorno mental e álcool e outras drogas na infância/adolescência, e as diretrizes a serem seguidas pelos dispositivos da rede em cada localidade, durante os debates e exposições foram apresentadas questões como a necessidade de judicialização de ações a partir de impasses no cumprimento das obrigações pelo gestor público, a cultura e a prática política que contribuem negativamente para a inadequação do perfil de profissionais lotados na rede de atenção e de garantia de direitos, e a ausência de articulação dos pontos de atenção já existentes.

Verifica-se que, face ao muito frequentemente constatado isolamento setorial das intervenções, diferentes serviços atuam de modo simultâneo sobre esse público, que permanece sem obter a avaliação e o tratamento mais qualificado em saúde mental que o caso pode necessitar. Isso ocorre quando, por exemplo, crianças ou adolescentes com problemas de conduta mantém intenso contato apenas com a justiça, ou outros que contam tão somente com o contexto da escola para lidar com sintomas de depressão, hiperatividade, entre outros agravos.

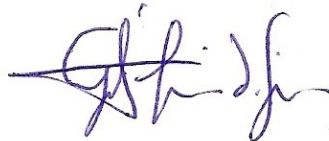
Como dito por um dos participantes em sua avaliação, é preciso “ter lógica nas respostas apresentadas”, o que interpretamos como uma exigência de que o uso dos serviços, a oferta dos recursos e a utilização do cuidado guardem a necessária racionalidade.

Priorizando os objetivos da proposta inicial, espera-se, sobretudo, que esses eventos possam ter servido de apoio na produção de informações de modo a instrumentalizar os gestores da área de saúde mental na construção de

estratégias para melhoria da qualidade da assistência, construindo a intersectorialidade que crianças e adolescentes carecem para garantir plenamente a realização de seus direitos.

Com base no exposto, avaliamos que o projeto atingiu seus objetivos, promovendo a articulação intersectorial, a divulgação de boas práticas ministeriais, o estímulo à capacitação na temática, o mapeamento da rede de atenção básica e o levantamento de dados sobre os atendimentos realizados à população dos municípios presentes, estimulando o enfrentamento dos problemas existentes.

Recife, 02 de maio de 2022.



Gilberto Lucio da Silva
Analista Ministerial em Psicologia
Matrícula 188.625-8

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

COUTO, M. C. V., DUARTE, C. S., P. G. G., DELGADO (2008). A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. Rev Bras Psiquiatr., 30(4):390-8.

CUNHA, C. C., BOARINI, M. L. (2011). O Lugar da Criança e do Adolescente na Reforma Psiquiátrica. Revista Psicologia e Saúde, v. 3, n. 1, jan. - jun., pp. 68-76.

FLEITLICH B. W., GOODMAN, R. (2002). Implantação e implementação de serviços de saúde mental comunitários para crianças e adolescentes. Revista Brasileira de Psiquiatria, 24(1):2.

FORMIGONI, M. L. (2000) Organização e avaliação de serviços de tratamento a usuários de drogas. In: SEIBEL & TOSCANO JR. Dependência de drogas. São Paulo: Atheneu, 511-520.

SPOHR, B., LEITÃO, C., SCHNEIDER, D. R. (2006) Caracterização dos serviços de atenção à dependência de álcool e outras drogas na região da Grande Florianópolis. Revista de Ciências Humanas. Florianópolis: EDUFSC, 39: 219-236.