

Serviço Ambulatorial de Saúde Mental Infanto-Juvenil no Distrito Federal: contexto histórico, estruturação e desdobramentos

S

André de Mattos Salles¹
Júlia Zenni de Carvalho Cavalheiro²

¹Supervisor do Programa de Residência Médica em Psiquiatria do Hospital Universitário de Brasília HuB/UnB. Supervisor do Programa de Residência Médica em Psiquiatria da Infância e Adolescência SES/DF
Email: andre.salles@uol.com.br

²Psicóloga. Mestre em Psicologia Clínica. Especialista em Psicopatologia e linguagem. Atua como psicóloga na SES/DF e em consultório particular. Email: juzenni@gmail.com

Correspondência

Endereço: Centro de Orientação Médico Psicopedagógico - Setor Médico Hospitalar Norte, Qd. 03, bl. A – CEP: 70.710-100
Telefone: (61) 3326-3201/3325-4995

RESUMO

A Saúde Mental no Brasil tem um percurso longo e peculiar, e sua mudança ao longo dos anos traz o desafio de reorganização dos dispositivos de cuidado. Este artigo apresenta uma proposta de estruturação de um serviço ambulatorial especializado de saúde mental infanto-juvenil no Distrito Federal, discute a função dos Grupos de Entrada e analisa os entraves e vantagens desse dispositivo.

Palavras chave: Saúde Mental, Psiquiatria da Infância, Saúde Pública

ABSTRACT

Mental Health in Brazil has a long and peculiar course, and its change over the years brings the challenge of reorganizing care services. This article presents a proposal for the structuring of a specialized mental health service for children and youth in the Federal District, debate Input Groups and analyzes the barriers and advantages of this approach.

Keywords: Mental Health, Child Psychiatry, Public Health

INTRODUÇÃO

Contexto histórico nacional

O marco institucional fundador do alienismo brasileiro é a inauguração do Hospício de Pedro II, em 1852, na cidade do Rio de Janeiro-RJ, então sede da Corte Imperial, sendo não só o primeiro hospício da América Latina como também o primeiro manicômio ao sul da linha do Equador.

Na Europa, o alienismo toma forma na virada do século XVIII para o século XIX representando a vertente médico-científica para estudos e hipóteses referentes a loucura, que passa a ser definida como alienação mental, mais especificamente uma doença a ser tratada por um tipo especial de medicina. Dessa forma, os asilos de alienados tomam posição de vanguarda na medicina e na sociedade europeia, sendo prova de modernidade científica e tecnológica de uma nação.

Afastado do contexto europeu, de queda da hegemonia monárquica e religiosa, o Hospício de Pedro II nasce em um Império oficialmente católico, subordinado à Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, administrado por seu provedor-geral e conduzido por freiras da Ordem de São Vicente de Paulo¹.

No Brasil Colônia e nos primeiros tempos de Independência são a Igreja e o Senhor-de-Engenho as “instituições” que ditam as regras sociais, do “bem-viver” e as práticas que devem ser adotadas na educação e condução do desenvolvimento infantil. No século XIX será a classe médica com suas teses, discursos, livros que irá cumprir essa função².

No início do Século XX o país contava com 3 núcleos psiquiátricos bem definidos para abordagem de crianças e adolescentes: no Rio de Janeiro-RJ (Hospital Pedro II) sob influência da Psiquiatria alemã; em São Paulo-SP (Juqueri) com uma concepção organicista e em Recife-PE³. Os discursos e debates são centrados em temas Higienista: cuidado com doenças, mortalidade infantil, inicia-se o uso do termo “higiene mental”; e Eugenista: miscigenação e saúde mental^{3,4}. Nesse período ocorre uma aproximação entre psiquiatria infantil e deficiência intelectual.

Ao longo do século vários avanços foram se sucedendo. Nas primeiras décadas, o uso de testes psicológicos padronizados pelo grupo

de Pernambuco e a criação de laboratórios de psicologia e Sociedade Pestalozzi Brasileira ganham destaque. Outro marco de importância é a criação da Sociedade Brasileira de Psicanálise. Aos poucos, estudiosos da Psiquiatria

Infantil vão se distanciando dos Hospitais Psiquiátricos e assumindo cadeiras nas Universidades. A década de 70 marca a união de saberes com a criação da Associação Brasileira de Neurologia e Psiquiatria Infantil e profissões afins (ABENEPI), que na década seguinte protagoniza uma dissociação de vertentes de saber, entre o modelo médico organicista neurológico e o psicodinâmico social da psiquiatria. O final do século marca uma nova aproximação, com os avanços do pensamento norte-americano e a crescente influência das neurociências³.

No entanto, todos os avanços nas tecnologias e propostas terapêuticas não ressoavam nas ações do Estado, que dessa forma, indiretamente, delegava o cuidado e “oficializava” o modelo vigente e a concepção da criança assistida: deficiência social (pobreza); deficiência mental (alienação); deficiência moral (delinquência); caracterizando a institucionalização do cuidado⁵.

Este cenário começou a sofrer mudanças com uma série de acontecimentos mundiais e nacionais. A Conferência de Alma Ata, realizada em 1978, cujo lema foi “Saúde para todos no Ano 2000”, deu suporte referencial e legitimou os avanços propostos pelo Movimento Sanitarista. O país encontrava-se em momento de redemocratização e a Assembleia Nacional Constituinte discutia o modelo de assistência em saúde para a nação. Pouco antes, a 8ª Conferência Nacional de Saúde debateu e documentou os anseios da população e o entendimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, dando o primeiro passo para a criação de um sistema único de saúde universal, integral, descentralizado, com equidade e controle social⁶.

Inserida nesse contexto, a Saúde Mental buscou novos dispositivos terapêuticos, ao mesmo tempo que denunciava maus tratos e excessos cometidos em instituições. Como marcos paradigmáticos podemos citar a criação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Itapeva, o primeiro no modelo substitutivo a ser implementado no país (na atenção a criança e adolescentes o CAPSi Pequeno Hans); o Encontro de Bauru-SP, que reuniu profissionais em torno do manifesto que deu origem ao Movimento da Luta Antimanicomial; e a

intervenção na Casa de Saúde Anchieta em Santos-SP, em 1989, primeira intervenção pública em uma instituição particular. No mesmo ano, foi levado ao Congresso Nacional o projeto de lei que 12 anos depois resultou na Lei que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”⁷. Apesar do momento profícuo e da implementação do Estatuto de Criança e do Adolescente, o debate sobre a saúde mental infanto-juvenil não obteve destaque nesse período^{8, 9, 10, 11}.

Logo após a publicação da Lei 10.216 de 2001⁷, alguns decretos e portarias foram editados, no intuito de consolidar a estruturação, organização e repasse de recursos ao novo modelo assistencial. Em destaque, a Portaria do MS 336 de 2002¹², que estabeleceu os tipos de Centros de Atenção Psicossocial e entre eles o CAPSi, destinado ao atendimento de crianças e adolescentes, a assistência prestada e os recursos humanos.

O conceito de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é incorporado em 2011¹³, cuja finalidade foi a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde em diferentes níveis no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), destacando a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular (PTS).

Após momento político conturbado no cenário nacional, que culminou com o impeachment da Presidente e condução do Vice ao cargo, em 2017, uma política de fortalecimento das RAPS foi publicada, incluindo os hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas, nova modalidade de CAPS e serviços ambulatoriais especializados de nível secundário. Esse último em particular foi denominado Assistência Multidisciplinar de Média Complexidade em Saúde Mental (AMENT), destinado a usuários com transtornos mentais moderados que necessitam de cuidado intermediário entre a Atenção Básica e o CAPS. Não se configura como um serviço de “porta de entrada” para a rede, necessitando de encaminhamento de outros níveis, podendo funcionar em Unidade própria ou em Ambulatórios Especializados¹⁴.

Centro de Orientação Médico-psicopedagógica - COMPP

O Centro de Orientação Médico-Psicopedagógica (COMPP) foi criado em maio de 1969, integrando a estrutura da Fundação Hospitalar do Distrito Federal (FHDF) tendo entre seus objetivos: a realização de diagnóstico médico, psicológico, social e pedagógico da criança e do adolescente, em equipe interdisciplinar, assim como orientar e encaminhar os casos, acompanhando a evolução do tratamento e a avaliação dos resultados¹⁵.

Assim como a saúde mental no contexto nacional, o COMPP passou por mudanças em sua organização como dispositivo terapêutico ao longo dos anos. Já em 2017, o Decreto n. 38.017¹⁶ definiu seu regimento interno e instituiu suas competências legais, colocando em linhas gerais o que caberia a esta unidade de referência assistencial: organização, planejamento, coordenação, direção e controle das ações em saúde mental, na esfera da orientação médico psicopedagógica, em equipe multi e interdisciplinar à criança, ao adolescente e suas famílias. Destaca-se ainda como atribuição: promoção e supervisão dos acolhimentos com classificação de risco, diagnóstico psicossocial e tratamento ampliado ao contexto familiar; promoção de estudos no campo da saúde mental infanto-juvenil que englobem a pesquisa, clínica e epidemiológica; promoção da integração do serviço com ensino e pesquisa; integração com a rede intersetorial e da formulação de ações que favoreçam à reinserção social e o tratamento.

Em outra esfera, não excludente, a Diretoria de Saúde Mental (DISAM) propôs o Plano Diretor de Saúde Mental (PDSM)¹⁷ com o intuito de analisar as condições organizacionais da RAPS, buscando “identificar as necessidades de saúde da população e estabelecer as ações de intervenção prioritárias para a consolidação de uma atenção integral em saúde mental [...]. A atualização do PDSM foi determinada pela necessidade de orientar as ações da gestão pública no sentido de efetivar a RAPS no âmbito do DF [...] em consonância com os princípios diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), além de portarias e decretos vigentes da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF)”.

De acordo com análise técnica realizada, o COMPP se configurava como ambulatório-referência a todas as regiões de saúde do DF e do entorno, de atendimento multi e interdisciplinar em saúde

mental, a crianças e adolescentes de 0 a 17 anos (e 11 meses), em casos leves a graves, excluindo necessidades ou demandas decorrentes de abuso de álcool e outras drogas (que teriam outro serviço de referência).

Dentro dessa perspectiva, a DISAM solicitou ao COMPP uma carta de serviços com suas atribuições, equipes especializadas, atividades desempenhadas; bem como reprogramação dos atendimentos conforme organização administrativa e critérios epidemiológicos; diagnósticos situacionais sobre seu funcionamento e perfil de clientela, redefinindo seu papel institucional no âmbito da saúde pública, com apoio técnico de áreas competentes e secretarias afins.

Nestes termos, em linhas gerais, definiu-se algumas condutas a serem seguidas pelo COMPP:

- O serviço atenderia crianças até os 11 anos e 11 meses;
- Os adolescentes que estivessem em atendimento inicial ou sem previsão de conclusão terapêutica no COMPP, seriam encaminhados - munidos de um relatório especificando o caso, hipótese inicial diagnóstica e projeto terapêutico singular (PTS) - a um serviço de referência, pesquisa e capacitação para adolescentes e seus familiares; já os que estivessem em processo de alta deveriam ter seus atendimentos concluídos;
- Mutirão para avaliação de lista de espera e demanda do serviço;
- Estruturação do fluxo interno do serviço;
- Redefinição do espaço da triagem/acolhimento/ inscrição - porta de entrada do serviço que passa a se chamar Atendimento Inicial e
- Criação de Grupos de Entrada e Grupos Terapêuticos para absorver a demanda do serviço e minimizar o tempo de espera da população.

Nesse artigo relatamos a experiência da implementação de um Grupo de Entrada nesse dispositivo terapêutico em reorganização, analisando entraves e vantagens da utilização desse tipo de acolhimento.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

A proposta inicial para o Grupo de Entrada teve como alicerce: 1) atendimento de sete famílias em um turno de 4h; 2) quatro encontros, com periodicidade semanal, podendo a finalização ser antecipada em situação de resolutividade do caso e/ou realização de encaminhamentos necessários; 3) equipe constituída, preferencialmente, por um médico, um psicólogo e um assistente social, conforme capacidade técnica e de pessoal do serviço, de acordo com a definição de mini-equipes multiprofissionais, sob a ótica interdisciplinar, seguindo definição da Assistência Multidisciplinar de Média Complexidade em Saúde Mental (AMENT)¹⁴; 4) grupo definido por Região Administrativa do DF.

Quanto a rotina de atendimento, definiu-se o primeiro encontro como momento de acolhimento, apresentação, explicação do contexto e forma de abordagem, atualização dos dados e demandas, em um ambiente (sala) com todos presentes, responsáveis e crianças. No segundo encontro, os profissionais se dividem em dois grupos: o das crianças e o dos responsáveis, em ambientes distintos. O terceiro e, se necessário, quarto encontro seriam utilizados para melhor compreensão da queixa, devolutivas, encaminhamentos e proposta do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Entretanto esse formato poderia sofrer alterações a depender da urgência e particularidade de cada caso.

Quanto ao fluxo, ter-se-ia: 1) alta por conclusão; 2) contra-referência à atenção básica; 3) encaminhamentos aos Grupos Terapêuticos; 4) atendimentos individuais (internos) no COMPP, nas diversas especialidades oferecidas por este serviço: psicologia, psiquiatria, serviço social, terapia ocupacional, nutrição, enfermagem, neurologia ou fonoaudiologia; 5) encaminhamento ao CAPSi; 6) encaminhamento para serviço de emergência.

Esta proposta inicial teria em seu cerne, dentre outras, duas grandes importantes características: atendimento interdisciplinar imediato de crianças que aguardavam por atendimento e a articulação e referenciamento à rede de saúde mental infanto-juvenil, numa perspectiva não apenas de atendimento, mas de pesquisa, estudo e matriciamento de toda rede do DF.

Uma das primeiras dificuldades encontradas nesta primeira etapa foi lidar com os entraves decorrentes do tempo em lista de espera. O ideal é que as crianças e suas famílias que procuram apoio na rede não precisem esperar por atendimento, por, ao menos, três motivos essenciais: a) sofrimento importante, b) impacto das dificuldades no âmbito familiar, afetivo, pessoal e escolar e c) o tempo de estruturação psíquica e consolidação de quadros psiquiátricos e psicopatológicos.

Entretanto e, infelizmente, a realidade cotidiana da rede de apoio encontra obstáculos maiores que inviabilizam essa acolhida imediata, dentre eles: escassez de profissional técnico e qualificado; enorme demanda de atendimento - muitas vezes relacionados ao processo de regionalização; divergências entre manejos e procedimentos entre equipes da rede; indefinição e não cumprimento de fluxos de trabalho previamente estipulados; dificuldades no trabalho em rede e escassa prática do matricial.

A experiência do Grupo de Entrada mostrou que parte das abstenções nos encontros foi em decorrência de: 1- impossibilidade de contato - o número de telefone deixado à época do acolhimento não correspondia mais àquela família ou mudança endereço; 2 - resolução, com ou sem auxílio profissional, da queixa inicial - aquela que fez com o usuário tivesse procurado inicialmente o serviço.

As demandas médicas constituíram o primeiro grande bloco de queixas e justificativa para o comparecimento ao grupo. Laudos, receitas e relatórios para apresentação em escolas foram os pedidos mais frequentes. Para esses casos, ter um médico no Grupo de Entrada faz com que a resolutividade já nos primeiros encontros seja alta, entendendo que a discussão interdisciplinar favorece o parecer final a cada caso. Porém essas demandas poderiam ser resolvidas em outros níveis de atenção a saúde, caso a articulação entre os atores da rede estivesse mais afinada, sendo acolhidos em nível secundário apenas os casos que de fato demandem esse nível terapêutico de atenção.

É atribuição do Grupo de Entrada referenciar o paciente na rede, respeitando os critérios de regionalização, sua situação social e econômica, assim como os serviços ativos e disponíveis no entorno do usuário. Para tanto, cada grupo recebe demanda de uma Região Administrativa do DF,

facilitando o entrosamento entre níveis de atenção e mapeamento da rede de apoio. Para tornar esse conhecimento dinâmico e abrangente, a equipe da Residência Multiprofissional em Saúde Mental Infanto-Juvenil de 2018 fez um grande trabalho de mapeamento dos serviços e da rede disponível por região, incluído agentes públicos, privados e filantrópicos que ofereçam propostas a fim de beneficiar o desenvolvimento emocional, físico e psíquico da criança e seus familiares.

No entanto, o reconhecimento da rede é parte do complexo trabalho inerente a saúde mental infanto-juvenil. Tendo como meta o desenvolvimento integral da criança, a proposta do matriciamento é emergente e fundamental.

No decorrer dos atendimentos do Grupo de Entrada, assim como na análise de cada caso atendido, pensou-se em um ajuste na estrutura do grupo. O novo modelo que se desenha, neste momento, é o desmembramento do grupo com sete famílias em 4 horas de turno, para dois grupos com quatro famílias, em duas horas de turno, modelo esse que favorece o vínculo entre as pessoas, melhor a acolhida e respeita o tempo de atendimento mais adequado ao público infantil.

Destaca-se que, em caso de necessidade de acompanhamento individual, caberia, preferencialmente, aos técnicos da própria equipe que compõe o Grupo de Entrada, em seus respectivos ambulatórios, o atendimento desses pacientes e suas famílias, numa tentativa de preservar a aliança terapêutica, a compreensão que já se tem do caso e a continuidade das ações que foram iniciadas.

Faz-se necessário ressaltar que, dentro do Projeto Terapêutico Singular (PTS), há uma prevalência e preferência por encaminhamentos internos do tipo 'Grupo Terapêutico' a atendimentos individualizados, preconizando não apenas a fluidez do serviço, mas referências teóricas bastante discutidas a respeito do que uma criança pode fazer por outra, acreditando nos efeitos terapêuticos dessa ação entre e para as crianças. Entretanto, isso não inviabiliza que a ação seja sempre particular e singular a cada caso a fim de que se possa pensar tecnicamente, interdisciplinarmente e juntamente às famílias quais seriam as possíveis e adequadas intervenções neste momento.

CONSIDERAÇÕES

Entende-se que são muitos os entraves quando se inicia uma proposta nova no serviço a fim, dentre outras questões, de dar conta de uma demanda constituída como reprimida há tempos, principalmente, ao pensar que esse dispositivo do qual tanto falamos - Grupos de Entrada - podem servir como saída, mas, ao mesmo tempo, grande criador de gargalos de espera mais uma e outra vez. Entretanto, parte-se do princípio de que algo precisaria ser feito na estrutura do serviço a fim de que a população não ficasse desassistida em nenhum momento ao longo do acometimento mental, em especial, por se tratar da infância.

A ideia é que os Grupos Entrada possam ser resolutivos, frente sua proposta já interventiva e interdisciplinar; além desses profissionais que os compõem se tornarem técnicos-referências a esses usuários dentro do próprio serviço ou serem ponte frente ao encaminhamento implicado. “Em suma, os Grupos de Recepção tem uma função importante para a equipe, na medida que convoca permanentemente a discussão dos critérios de acolhimento e encaminhamento, tanto para a própria unidade quanto para outros serviços, na medida que convoca permanentemente à discussão”.¹⁸

Outro ponto de grande aposta é o matriciamento e a capacitação. Destaca-se a relevância e urgência dessa discussão e da proposição dessa ferramenta na produção da construção compartilhada entre duas ou mais equipes. “Matriciamento não é encaminhamento ao especialista; atendimento individual pelo profissional de saúde mental; (nem) intervenção psicossocial coletiva realizado apenas pelo profissional de saúde mental. O matriciamento deve proporcionar a retaguarda especializada da assistência, assim como um suporte técnico-pedagógico, um vínculo interpessoal, e o apoio institucional no processo de construção coletiva

de projetos terapêuticos junto à população [...] constitui-se numa ferramenta de transformação, não só do processo de saúde e doença, mas de toda a realidade dessas equipes e comunidades”.¹⁹

Dessa maneira, a capacitação extrapola os contextos dos Grupos de Entrada, sendo condição sine qua non no trabalho especializado em saúde mental. Neste sentido, pensando todo o novo modelo de funcionamento do COMPP/DF, entende-se a capacitação da equipe de acolhimento (ou de atendimento inicial, como queiram denominar) emergente. Entenda-se que não se pretende aqui excluir a importância da pesquisa e estudo nos outros setores que compõem o serviço, mas ratificar que conhecimento em saúde mental, rede de atenção/apoio, curso do desenvolvimento infantil, psicopatologia, regionalização, RAPS, dentre outros, constituem noções estratégicas e essenciais para quem ocupa esse lugar de quem vai receber o usuário.

A proposta de regulação dos serviços de saúde como um todo, afunila as crianças e famílias que chegam até o serviço especializado. Entretanto, supõem um matriciamento e capacitação anteriores a fim de que surta um efeito positivo no acompanhamento, ações e tratamento da demanda de saúde mental infanto-juvenil. Em tempo, acredita-se que se faz urgente a estratificação de risco dentro do serviço, assim como manutenção de espaços destinados à discussões de casos clínicos.

Outro ponto relevante é o suporte de um supervisor externo, visando a sustentação da proposta estratégica inicial de acolhimento e intervenção além do suporte à dinâmica interpessoal dos profissionais do serviço. Todos esses esforços buscam ampliar o olhar e a qualidade do atendimento em toda complexidade da esfera psíquica, psiquiátrica e mental da infância, assim como o enfrentamento de um dos maiores fantasmas da saúde pública: tempo de espera para atendimento.

REFERÊNCIAS

1. Teixeira, MOL, Ramos, FAC. As origens do alienismo no Brasil: dois artigos pioneiros sobre o Hospício de Pedro II. *Rev. Latinoam. Psicopatol. fundam.* 2012, 15(2): 364- 381.
2. Ribeiro, PRM. História da Saúde Mental Infantil: a criança brasileira da Colônia a Republica Velha. *Psicol. Estud.* 2006, 11(1): 29-38.
3. Assumpção Jr, FB. A Psiquiatria Infantil Brasileira: um esboço histórico (vídeo). 03 jan 2014. (consultado em 22 fev 2019) (20 min). Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=ZIHsU7sQLAQ>
4. Cunha, CC. Boarini, ML. O lugar da Criança e do Adolescente na Reforma Psiquiátrica. *Rev. Psicologia e Saúde.* 2011, 3(1): 68-76.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caminhos para uma política de saúde mental infanto- juvenil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
6. Serie SUS. Programa 2: Por que o SUS hoje e assim? (vídeo). 23 jun 2015. (consultado em 22 de fevereiro de 2019) (6:28min). Disponível em https://www.youtube.com/watch?v=wV_SPOJfqgk.
7. Brasil. Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União* 09 abr 2001, Seção 1.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Mental e Direitos Humanos (vídeo). 02 set 2016. (consultado em 22 fev 2019) (9 min). Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=56tOYJqPsMM>.
9. Delgado, PGG. *Psiquiatras, Juizes e Loucos: Modelos de Interação entre a Psiquiatria e a Justiça, na Conjuntura da Luta pela Cidadania Plena e Reforma Psiquiátrica no Brasil.* (Tese de Doutorado). Sao Paulo: Universidade de São Paulo – USP; 1992.
10. Delgado, P. G. G. Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 Anos da Lei 10.216/2001. *Arquivos Brasileiros de Psicologia.* 2011, 63 (2): 1-121.
11. Kinoshita RT. Saúde Mental e a Antipsiquiatria em Santos: vinte anos depois. *Caderno Brasileiro de Saúde Mental.* 2009, 1.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, para atendimento público em saúde mental, isto é, pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. *Diário Oficial da União* 20 fev 2002, Seção 1.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para 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). *Diário Oficial da União* 30 dez 2011, Seção 1.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução n. 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). *Diário Oficial da União* 22 dez 2017, Seção 1.
15. Distrito Federal. Decreto no. 1174 de 23 de outubro de 1969. Cria o Centro de Orientação Medico-Psicopedagógico (COMPP). *Diário Oficial do Distrito Federal* 28 out 1969.
16. Distrito Federal. Decreto n. 38.017, de 21 de fevereiro de 2017. Aprova o Regimento Interno das Superintendências das Regiões de Saúde, das Unidades de Referência Assistencial e das Unidades de Referência Distrital, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e dá outras providências. *Diário Oficial do Distrito Federal* 22 fev 2017.

17. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal: 2017-2019. Estabelece um conjunto de elementos capazes de subsidiar a análise das condições organizacionais da Rede de Atenção Psicossocial, identificando as necessidades de saúde da população e estabelecendo ações de intervenção prioritárias para consolidação da atenção integral em saúde mental. Diário Oficial do Distrito Federal 18 dez 2017.
 18. Oliveira, RC. A recepção em grupo no ambulatório do IPUB/UFRJ. A Clínica da Recepção nos Dispositivos de Saúde Mental. Cadernos IPUB. 2000, 6(17): 30-91.
 19. Brasil. Ministério da Saúde. Guia prático de matrícula em saúde mental. Brasília-DF, 2011.
-