

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

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

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 infante 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 tomarem 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 é 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, Juízes 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 10.216/20011. 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 Médico-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 matriciamento em saúde mental. Brasília-DF, 2011.

Ahead of Print - Accepted article