



MPSC
MINISTÉRIO PÚBLICO
Santa Catarina

ISBN: 978-85-62615-31-3



GUIA DE ATUAÇÃO EM DEMANDAS CRUZADAS:

internação X acolhimento
de crianças e adolescentes

1ª edição

Coordenador

Eder Cristiano Viana

Colaboração

Douglas Roberto Martins

Elaboração técnica

Ana Soraia Haddad Biasi

Daphne de Castro Fayad

MPSC
Florianópolis
2025

DIAGRAMAÇÃO

Bruno André Blume - Auxiliar do Ministério Público

Caroline Gerevini Boni – Estagiária de Serviço Social

Gabrielle Pinheiro dos Santos - Estagiária de Psicologia

Natalia Mello Vieira - Estagiária de Psicologia

REVISÃO

Ana Soraia Haddad Biasi – Analista em Serviço Social

Daphne de Castro Fayad – Analista em Psicologia

Centro de Apoio Operacional da Infância, Juventude e Educação

Rua Pedro Ivo, 231 - Edifício Campos Salles - 9º Andar, sala 902,
Centro - Florianópolis - 88010-070

Fone: (48) 3330-9501

E-mail: cije@mpsc.mp.br

Centro de Apoio Operacional da Saúde Pública

Rua Pedro Ivo, 231 - Edifício Campos Salles - Ático, Centro -
Florianópolis - 88010-070

Fone: (48) 3330-9406

E-mail: csp@mpsc.mp.br

Guia de atuação em demandas cruzadas [recurso eletrônico] :
internação X acolhimento de crianças e adolescentes /
coordenador Eder Cristiano Viana ; colaboração Douglas Roberto
Martins ; elaboração técnica Ana Soraia Haddad Biasi, Daphne de
Castro Fayad. -- 1. ed. -- Florianópolis : MPSC, 2025.

98 p. ; PDF.

ISBN 978-85-62615-31-3

1. Pessoa com Deficiência. 2. Serviço de Acolhimento. 3. Criança-
Proteção. 4. Adolescente-Proteção. I. Viana, Eder Cristiano. II. Martins,
Douglas Roberto. III. Biasi, Ana Soraia Haddad. IV. Fayad, Daphne de
Castro. V. Título: internação X acolhimento de crianças e adolescentes.

CDDir- 342.1642

SUMÁRIO

Introdução.....	6
Fundamentação técnica: Diferenciando as demandas cruzadas.....	8
Loucura, Pobreza e Exclusão: um elo histórico.....	9
Psiquiatria e Reforma Psiquiátrica.....	15
A Rede De Atenção Psicossocial (RAPS) e seus fundamentos	
Internação psiquiátrica, serviços residenciais temporários e alternativas à exclusão.....	21
Internação psiquiátrica, serviços residenciais temporários e alternativas à exclusão.....	27
Retrogradação do cuidado: o recuo à centralidade do saber médico e a fragmentação das “especialidades”	33
Uma nota sobre a diferença entre os termos “deficiência mental” e “transtorno mental”	37
Raízes históricas das instituições de acolhimento para crianças e adolescentes no Brasil: da Roda dos expostos à garantia do Direito à convivência Familiar e Comunitária.....	41
Sistema Único de Assistência Social (SUAS)- Proteção Social Especial de Alta Complexidade: serviços de acolhimento institucional e familiar para crianças e Adolescentes (de 0 a 18 anos incompletos).....	47
Sistema Único de Assistência Social (SUAS)-Proteção Social Especial de Alta Complexidade: serviço de residência inclusiva para jovens e adultos com deficiência.....	55
Glossário.....	60
Mitos e Verdades.....	80
Normas e Leis.....	87
Estratégias para evitar a internação de adolescentes com transtorno mental.....	92

INTRODUÇÃO

A presente orientação é resultado da repetição de demandas, dúvidas e solicitações de apoio advindas das Promotorias de Justiça e também de redes de cuidado e proteção fragilizadas, sobretudo no âmbito da saúde e da assistência social. Trata-se do que identificamos como **demandas cruzadas**, a busca (ou crença) de uma solução única para um problema múltiplo ou complexo, como costumam ser as violações de direitos de crianças e adolescentes.

O que aqui chamamos de **demandas cruzadas** diz respeito aos inúmeros casos de crianças e adolescentes diagnosticadas com algum tipo de transtorno psiquiátrico ou de deficiência e, ao mesmo tempo, com vínculos familiares fragilizados ou rompidos. O que pretendemos esclarecer com esta orientação é que as demandas de cuidado e medidas de proteção (art. Eca) nessas situações não se sobrepõem ou substituem umas às outras, mas se complementam e devem estar permanentemente articuladas. Além disso, pretende-se demonstrar os equívocos normalmente empregados na tentativa de solucionar um problema que se reporta mais ao sofrimento da rede de cuidado do que aquele da criança ou adolescente em questão.

Por isso a importância de esmiuçar essas demandas e os serviços envolvidos nas tentativas de respostas, incluindo alguns mal-entendidos (devidos também à semelhança de algumas denominações) sobre a natureza e a real capacidade de serviços como residenciais terapêuticos, clínicas psiquiátricas, comunidades terapêuticas e os serviços de acolhimento.

Espera-se que este documento orientativo possa subsidiar e orientar o trabalho do Promotor de Justiça que se depara com essas **demandas cruzadas**, e mesmo para a orientação de sua rede de proteção local. A orientação está dividida em V seções:

- I. Fundamentação técnica¹ diferenciando as demandas de natureza distintas que costumam, não por acaso, se apresentarem em conjunto;
- II. Glossário (serviços, procedimentos e conceitos teóricos);
- III. Serviços de acolhimento familiar e institucional e atendimento em saúde: mitos e verdades;
- IV. Normativas (marcos legais/legislação);
- V. Modelo de checklist para utilização, do Promotor de Justiça, com as redes que “esgotaram suas tentativas” ou às quais o usuário “não adere ao serviço”.

¹ A fundamentação técnica é parte de um artigo científico que será publicado pelas servidoras Ana Soraia Haddad Biasi e Daphne de Castro Fayad, de modo que a sua utilização deve mencionar autoria, inédito.



FUNDAMENTAÇÃO TÉCNICA

Loucura, Pobreza e Exclusão

Um elo histórico

Expressivamente numerosos são os casos de crianças e adolescentes com transtornos psiquiátricos e com dificuldade de convivência familiar. Permanecem sem lugar aqueles que não podem ser amparados por suas famílias — violentas e, elas próprias, violadas e negligenciadas. No momento em que eclode o sofrimento, finalmente traduzido em diagnóstico de transtorno mental, evidenciam-se, entrelaçados, o fracasso da família com a criança, e o do Estado com a família, de geração em geração. Assim é produzida uma série de “doentes mentais” que, historicamente, lotam instituições que os retiram do convívio comunitário. A vulnerabilidade social é a marca comum de boa parte das demandas que envolvem, simultaneamente, saúde mental e responsabilidade parental, tratamento e moradia.

Esse cenário é antigo, remonta ao processo de urbanização dos territórios, pelo menos cem anos antes do nascimento da psiquiatria, ocorrido no final do século XVIII. No Brasil, assim como nos países da Europa, o tratamento da loucura percorreu algumas etapas, com um atraso, porém, que nos mantém ainda muito próximos do formato asilar e violador de direitos.

Através de todo o período colonial, os alienados, os idiotas, os imbecis foram tratados de acordo com suas posses. Os abastados e relativamente tranquilos, eram tratados em domicílio e às vezes enviados à Europa (...). Se agitados, punham-nos em algum cômodo separado, soltos ou amarrados, de acordo com a intensidade da agitação. Os mentecaptos pobres, tranquilos, vagueavam pelas cidades, aldeias ou pelo campo (...). Os agitados eram recolhidos às cadeias onde barbaramente amarrados e piormente alimentados, muitos faleceram mais ou menos rapidamente.²

Os espaços de encarceramento surgiam à medida que as pressões sociais pela ordem nas cidades aumentavam. Depois das cadeias, onde eram depositados todos os indivíduos que perturbavam a calma, sobretudo nas capitais, surgiram divisões em “hospitais” destinados aos insanos, como na Santa Casa da Corte, no Rio de Janeiro. No início do século XIX, “os termos 'asilos', 'hospício' ou 'hospital' eram usados indistintamente como sinônimos, no sentido de hospedagem destinada àqueles que dependessem de caridade pública”.³

Por muitos anos, essas instituições, hospitais e prisões, funcionaram como um depósito desordenado de necessitados e desordeiros. Assim acumulavam toda a sorte de hóspedes, borrando os limites entre a loucura e a criminalidade, a doença e a pobreza.

O Hospital Psiquiátrico de Barbacena, localizado em Minas Gerais, é um dos exemplos de uma política higienista e de violação de direitos que atravessou o século XX. O Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena foi inaugurado em 1903 e considerado o primeiro hospital psiquiátrico público de Minas Gerais que dispunha de tratamento para os chamados “alienados”.⁴ Durante 80 anos, um vagão exclusivo

²Moreira, J. p. 57, 1905. apud Galdini Raimundo Oda, A. M., & Dalgalarrodo, P. (2004). O início da assistência aos alienados no Brasil ou importância e necessidade de estudar a história da psiquiatria. Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental, VII (1), 128-159.

³Galdini Raimundo Oda, A. M., & Dalgalarrodo, P. . O início da assistência aos alienados no Brasil ou importância e necessidade de estudar a história da psiquiatria. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, VII (1), 2004, p. 130.

⁴ Almeida, G. S; Rhoden, C. Uma análise foucaultiana sobre o “holocausto brasileiro”. Diaphonia, v. 6, n. 1,p.247-252,2020. Disponível em: <https://e-revista.unioeste.br/index.php/diaphonia/article/download/26383/16517>. Acesso em: 09 abr. 2025

para os “loucos” chegava à Estação Bias Fontes. Eram encaminhadas para o hospital colônia pessoas com transtornos mentais, mas também deficientes, pessoas em situação de rua, crianças, alcoolistas, homossexuais, mulheres que haviam sido abusadas por seus patrões, em suma, qualquer um que ameaçasse a ordem pública. Estima-se que 70% dos internos não tivessem nenhum tipo de transtorno mental⁵.

Estima-se que **70%** dos **internos** não tivessem nenhum tipo de **transtorno mental**.

Tenório (2002)⁶ aponta que inúmeras denúncias de violência, maus-tratos e abandono foram feitas. Os pacientes internados eram submetidos a condições precárias e desumanas dentro do hospital psiquiátrico. Durante o período de funcionamento do hospital, estima-se que cerca de 60 mil pessoas morreram por conta das condições de extrema precariedade. Quando o psiquiatra Franco Basaglia, um dos pioneiros da Reforma Psiquiátrica na Itália e no mundo, visitou o Hospital de Barbacena, disse: “estive hoje em um campo de concentração nazista. Em nenhum lugar do mundo presenciei uma tragédia como esta”.⁷

⁵Arbex, D. Holocausto Brasileiro: Genocídio 60 mil mortos no maior hospício do Brasil. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2019.

⁶Tenório, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.

⁷Matos-de-Souza, R; Medrão, A. C. Dos corpos como objeto: uma leitura pós-colonial do 'Holocausto Brasileiro'. Saúde em Debate, v. 45, n. 128, p. 164-177, jan/mar 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/v9vGDrqDPfQt3KJkS5Kjndc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09 abr. 2025



Fonte: Reprodução/Luiz Alfredo/Revista O Cruzeiro



Fonte: Reprodução/Luiz Alfredo/Revista O Cruzeiro

Em função da crescente pressão social e dos ideais higienistas, bem como na correlação estabelecida entre o aumento da civilização e da loucura, foram criados hospícios exclusivos para alienados em diversas capitais do país entre 1841 e 1889. Foi somente após esse período, nos primeiros anos do século XX, que os médicos passaram a ocupar esses espaços religiosos de caridade. A assistência médica era escassa e os lugares que acolhiam os “loucos” e indigentes eram eminentemente caritativos. No “Colônia”, como era chamado o Barbacena, havia apenas um médico para três pavilhões que ultrapassavam a quantidade de 400 pessoas, todas segregadas do convívio social.

Ainda em nome da higiene pública, foi possível delimitar os hospícios como locus de tratamento dos alienados, por meio do “tratamento moral”. A psiquiatria tomava forma e sustentava, então, a possibilidade de produzir mudanças significativas no comportamento dos doentes, agora defendendo o atendimento humanizado (sem barbárie), mas ainda no contexto de isolamento social pautado na disciplina. Por muitos anos essa foi a principal abordagem da loucura. A exclusão dos doentes, até um momento passado fundamentada na ordem social, passou a ser então defendida como método de tratamento e pesquisa.

Havia apenas **um médico** para três pavilhões que ultrapassavam a quantidade de **400 pessoas**, todas segregadas do convívio social.

Gradualmente, os doentes foram liberados de suas correntes, mas permaneceram enclausurados nas instituições psiquiátricas. Com o lançamento de novas classificações diagnósticas, paralelamente ao desenvolvimento de drogas psicotrópicas, a loucura foi toda capturada pelo saber médico. **Não** utilizamos mais os termos “**louco**”, “**alienado**”, “**psicopata**”, “**demente**”, e sim categorias difundidas mundialmente que continuam a se transmutar de acordo com fluxo social e histórico, no qual se produz e se aborda o sofrimento mental. A história da loucura se funde com a história da psiquiatria.

Psiquiatria e Reforma Psiquiátrica

Ao longo do século XX, o interesse pela subjetividade humana, os efeitos das duas grandes guerras, as contribuições da psicanálise, da psicologia e das ciências humanas como um todo tornaram disponíveis novos entendimentos acerca do adoecimento mental. As discussões sobre os direitos humanos alcançaram também o campo da loucura. Esse é o contexto mundial que permitiu repensar o modelo asilar de tratamento desses enfermos. Em países da Europa, e conhecidamente na **Itália**, já se avançava no movimento de desencerrar os loucos, reconhecendo a violência dos processos de exclusão e o fracasso do modelo asilar de tratamento. Em meio a lutas e movimentos sociais, à oferta de práticas ambulatoriais, ao reconhecimento da convivência comunitária como essencial à promoção de saúde, a loucura vai se libertando também dos muros da medicina – sem dela prescindir –, mas alçando-se a objeto de outros saberes e práticas simultaneamente, condição indispensável para o seu tratamento.

No Brasil, tal processo demorou ainda mais. O Hospital Colônia de Barbacena só foi fechado em 1980 ainda que, no final dos anos 1970, já despontasse o complexo movimento da “reforma psiquiátrica”. Como conceito,

reforma psiquiátrica significa, em um primeiro nível, substituir a assistência centrada em instituições totais, fechadas e em procedimentos involuntários, muitas delas promovendo internações de médio e longo prazos, marcadas por violações dos direitos humanos mais fundamentais, e muitas similares a campos de concentração.⁸

Nas décadas de 1980 e 1990 os movimentos surgidos anteriormente puderam se organizar e ganhar força em todo o país. Era um contexto de reivindicações políticas e sociais, mas também de transformação mundial de práticas, saberes e valores que impulsionava o novo tratamento (na mais ampla acepção do termo) da loucura.

Na prática, conflitos e tensões vividos nos serviços de saúde, manifestamente impotentes diante do sofrimento mental no formato em que se encontravam, somados aos movimentos de familiares e pacientes asilados, culminaram na reorientação do modelo assistencial.

Tendo como pano de fundo mudanças políticas e culturais, o olhar clínico ampliou-se: foi necessário considerar o território e sua participação na produção e na cura das doenças; insistir no caráter psicossocial do sofrimento, para além do biomédico;⁹ incluir tecnologias de cuidado que não pertencessem apenas ao campo médico ou aos níveis complexos de atenção.

O MTSM, **Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental**, foi fundamental nesse processo de mudança, denunciando as práticas violadoras dos manicômios, realizando convenções e organizando propostas para o reordenamento do cuidado em saúde mental.

⁸ Barros, 1994; Arbex, 2013. Apud Vasconcelos, E. M. Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência: diálogos com o marxismo e o serviço social. Papel social, 2016.

⁹ "O modelo biomédico, estruturado durante o século XIX, associa doença à lesão, reduzindo o processo de saúde-doença à sua dimensão anatomofisiológica, excluindo as dimensões histórico-sociais, como as culturas, políticas e a economia e, consequentemente, localizando suas principais estratégias de intervenção no corpo do doente." Malta, G. C.; Morosini, M. V. G. Atenção à Saúde. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

O II Congresso Nacional do MTSM (Bauru, SP), em 1987, adotou o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Neste mesmo ano, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro, e **surgiu o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**¹⁰ do Brasil, na cidade de São Paulo.

Em 1990, as transformações no setor da saúde mental foram impulsionadas (e impulsionearam) pela **“Declaração de Caracas”**, da qual o Brasil é signatário. Originalmente, o título do documento lançado na Convenção de Caracas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) era “A reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina: uma nova política para os serviços de Saúde Mental”. Os compromissos ali firmados, além de terem institucionalizado e proporcionado organicidade aos movimentos que eclodiam em todo o continente, direcionam até hoje a política de saúde mental no Brasil. É válido recuperá-lo na íntegra. Foi declarado:

Que a reestruturação da atenção psiquiátrica ligada à Atenção Primária de Saúde e nos marcos dos Sistemas Locais de Saúde permite a promoção de modelos alternativos centrados na comunidade e nas suas redes sociais;

Que a reestruturação da atenção psiquiátrica na região implica a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;

Que os recursos, cuidado e tratamento devem: Salvar a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis; Estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados; **Propiciar a permanência do paciente em seu meio comunitário.**

¹⁰ Os CAPS, Centros de Atenção Psicossocial, regulamentados e instituídos como equipamentos da política nacional de saúde em 1992, são dispositivos fundamentais no processo de desinstitucionalização da doença mental. Trataremos deles mais adiante no texto.

Que as legislações dos países devem se ajustar de maneira que: Assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos pacientes mentais; Promovam a organização de serviços que garantam seu cumprimento;

Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e psiquiátrica deve ser realizada apontando para um modelo cujo eixo passe pelo serviço de Saúde comunitário e propicie a internação psiquiátrica em hospitais gerais, de acordo com os princípios diretores que fundamentam esta reestruturação;

Que as Organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam acordada e solidariamente a assegurar e desenvolver nos países programas que promovam a reestruturação, assim como se comprometam pela promoção e defesa dos direitos humanos dos pacientes mentais de acordo com as legislações nacionais e com os respectivos compromissos internacionais. (grifo nosso)

Trata-se, em última análise, da transformação das concepções de saúde e doença. A **saúde mental**, tomada como um fenômeno **bio-psico-social**, referida então ao indivíduo, mas também ao coletivo onde está inserido, só pode ser abordada considerando o conjunto de seus determinantes. Conclui-se que as intervenções e tratamentos, portanto, não fazem sentido se ocorrerem apenas no isolamento de um ambiente artificial, mas devem ocorrer de modo a proteger os direitos mais fundamentais e a possibilitar uma vida em sociedade, consideradas e incluídas as suas peculiaridades. Assim,

o caráter inovador da atenção psicossocial é o de exercer no território (nível básico) ações complexas como as requeridas no cuidado de pessoas com transtorno mental (considerado especializado no sistema hierarquizado). A atenção psicossocial, dessa forma, subverte a ideia naturalizada de que no nível básico só se desenvolvem tecnologias simples de cuidado, subversão que exige a noção de território e rede como síntese-operatória.¹¹

Foi nesses termos, então, que a **Reforma Psiquiátrica** no Brasil se concretizou, coroada pela Lei n. 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Essa lei retira do hospital a centralidade do cuidado e organiza as internações psiquiátricas. Para garantir o cuidado ampliado (única forma de cuidado integral) e que cenários como o de Barbacena não se repitam, a lei estabelece:

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visarà, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º. (grifos nossos)

Gradualmente, o modelo substitutivo ao asilar foi se desenhando. As internações não mais aconteceriam em manicômios (que se tornaram cada vez menos numerosos), mas em leitos de hospitais gerais, em enfermarias especializadas, vedadas as internações de longa permanência. Os tipos de internação também foram regulados e definidos: internação voluntária, involuntária e compulsória.

¹¹ Couto, Maria Cristina Ventura. O CAPSi e o desafio da gestão em rede. Org. Edith Lauridsen-Ribeiro et al. 1. ed. São Paulo: Huritec, 2016. p. 187.

O alicerce e a finalidade da reordenação assistencial em saúde mental é a **desinstitucionalização**, que pode ser compreendida em três¹² diferentes planos: a desinstitucionalização como desospitalização, cujas causas e efeitos discutimos acima; a desinstitucionalização como desassistência (quando não há interesse, oferta e investimento nos serviços substitutivos) e, por último, a desinstitucionalização como desconstrução. Esta última, também abordada anteriormente, refere-se à necessária transformação da abordagem da pessoa em sofrimento mental. Visto agora como protagonista no processo de cura ou tratamento, o doente passa a ser sujeito desse processo **inclusivo, comunitário e intersetorial**.

¹² Amarante P. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.

A Rede de Atenção Psicossocial e seus fundamentos

Na configuração de desinstitucionalização brasileira, já existiam os CAPS, componente substitutivo da internação de longo prazo por excelência. Os recursos destinados aos serviços possibilitaram a extinção do modelo hospitalocêntrico.

A RAPS, **Rede de Atenção Psicossocial**, como a conhecemos hoje, foi finalmente criada em 2011, pela Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que 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). A partir daí, a Rede de Atenção Psicossocial passa a ser constituída pelos seguintes componentes, já segundo a Portaria de Consolidação n. 3, de 28 de Setembro de 2017 (anexo V, art. 5º):

- I - Atenção Básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, I)
 - a) Unidade Básica de Saúde: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, I, a)
 - 1. Equipes de Atenção Básica; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, I, a, 1)
 - 2. Equipes de Atenção Básica para populações específicas: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, I, a, 2)
 - 3. 1. Equipe de Consultório na Rua; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, I, a, 2-A)

4. 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, I, a, 2-A)
5. Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, I, a, 3)
- b) Centros de Convivência e Cultura; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, I, b)
- II - Atenção Psicossocial, formada pelos seguintes pontos de atenção: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, II)
- a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, II, a)
- b) Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental / Unidades Ambulatoriais Especializadas; (Alterado pela Portaria 3588/2017)
- III - Atenção de Urgência e Emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, III)
- a) SAMU 192; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, III, a)
- b) Sala de Estabilização; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, III, b)
- c) UPA 24 horas; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, III, c)
- d) Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro em Hospital Geral; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, III, d)
- e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, III, e)
- IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, IV)
- a) Unidade de Acolhimento; (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, IV, a)
- b) Serviços de Atenção em Regime Residencial. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, IV, b)
- V - Atenção Hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, V)
- a) Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral;
- b) Hospital Psiquiátrico Especializado;
- c) Hospital dia; (Alterado pela Portaria 3588/2017)
- VI - Estratégias de Desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, VI)

a) Serviços Residenciais Terapêuticos. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, VI, a)

VII - Estratégias de Reabilitação Psicossocial: (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, VII)

a) Iniciativas de trabalho e geração de renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais. (Origem: PRT MS/GM 3088/2011, Art. 5º, VII, a).

Todos esses equipamentos e serviços foram concebidos em relação entre si. A **atenção básica** é a **porta de entrada da RAPS**, ainda que muitos de seus pontos de atenção, como o CAPS, sejam serviços “portas abertas”, ou seja, de livre acesso. Apesar da divisão em níveis de atenção, para contemplar o cuidado integral no território, deve haver compartilhamento da responsabilidade e do plano de intervenções. Na atenção básica, são identificados os casos e, se necessário, encaminhados a outros níveis. **Situações graves** serão devidamente **encaminhadas aos CAPS**, ou ainda, para **internação psiquiátrica emergencial**.

Os **Centros de Atenção Psicossocial** (CAPS) nas suas diferentes modalidades são pontos estratégicos da RAPS. São caracterizados por serem **serviços de saúde de caráter aberto e comunitário**, buscando superar o modelo asilar de cuidado. O CAPS visa a **promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários**, superando a lógica médico-centrada e medicamentosa do tratamento, por meio de uma equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e em comunicação com os demais níveis de atenção.

O cuidado, no âmbito do CAPS, é desenvolvido por meio do **Projeto Terapêutico Singular** (PTS), construído em conjunto com os usuários e familiares.

O **PTS** acompanha o usuário em sua história, projetos de vida, cultura e ultrapassa o espaço do próprio serviço, implicando as redes de suporte social, os saberes e recursos do território.¹³ É necessário frisar que os CAPS **não** são clínicas de atendimento psiquiátrico, **mas** serviços abertos para pessoas com sofrimento ou transtornos mentais graves e persistentes, onde é promovido o cuidado em liberdade e assegurado o exercício da cidadania.

Para que os **objetivos do serviço** sejam alcançados, a estrutura e as equipes dos CAPS precisam dispor de um processo de trabalho que consista, de fato, na intensificação dos cuidados dos usuários, com vistas à reinserção e à sofisticação das redes de apoio, esta última por meio de ações intersetoriais. O **processo de trabalho no CAPS**, conforme preconiza a política nacional de saúde mental, **é muito mais do que a mera prestação de consultas**. Assim estabelece a referida portaria, relativamente ao CAPS I:

Art. 23. As modalidades de serviços estabelecidas pelo art. 20 corresponderão às características abaixo discriminadas: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4o)

§ 1o CAPS I - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com as seguintes características: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4o, § 1o)

I - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4o, § 1o, I)

II- possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4o, § 1o, II)

¹³ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA, 2015, 44p.

III - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4o, § 1o o, III)

IV - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4o, § 1o, IV)

V - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental e medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, dentro de sua área assistencial; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4o, § 1o, V)

VI - funcionar no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana. (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4o, § 1o, VI)

§ 2º A assistência prestada ao paciente no CAPS I inclui as seguintes atividades: (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4o, §2o)

I - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4o, §2o, I)

II - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4o, §2o, II)

III - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4o, §2o, III)

IV- visitas domiciliares; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4o, §2o, IV)

V- atendimento à família; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4o, §2o, V)

VI - atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social; (Origem: PRT MS/GM 336/2002, Art. 4o, §2o, VI).

[...].

Tal arranjo está sustentado em uma concepção de saúde mental descentralizada do saber médico, na medida de sua multideterminação. Fatores sociais como desemprego, fome, violência, racismo ou outros tipos de discriminação e como a falta de acesso a direitos como educação, cultura, lazer, esporte e aos diferentes espaços do território deterioram, inevitavelmente, a saúde dos usuários.

O CAPS é, portanto, um dispositivo operatório chave no campo da saúde mental: não só em sua conexão com os demais níveis de atenção, mas como agenciador do cuidado dos pacientes em atendimento, incluindo o diálogo com pontos de proteção de outras políticas (educação e assistência, por exemplo).

Quando há déficit na rede de atenção na região para a prestação do cuidado ambulatorial, faz-se necessária a organização da RAPS no território, não só em termos de serviços e equipamentos, mas em termos de processo de trabalho. O reordenamento da assistência em saúde mental depende de concepção integral de saúde e cuidado. Em última análise, são essas concepções, junto às de tratamento, adoecimento, direito à convivência comunitária, adolescência, infância, etc. que determinam o tipo de planejamento e de investimento em saúde e, por sua vez, da concepção de saúde e doença que está atravessada no planejamento e investimento em saúde.

Internação psiquiátrica, serviços residenciais e alternativas à exclusão

Por meio da RAPS, recorre-se à ampliação dos recursos e métodos para realizar os cuidados necessários sem prejuízo da integração social e da autonomia das pessoas, evitando também o estigma associado à doença e ao tratamento no **modelo hospitalocêntrico**. Assim, a Lei n. 10.216/2001 é clara ao afirmar que toda internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos (art. 6º). Nesse sentido, salienta-se que a internação determinada pela Justiça, portanto, na modalidade compulsória, não constitui exceção a essa regra fundamental.¹⁴

A internação,¹⁵ se por ela decidirem as equipes de saúde nas atenções básica (Estratégia Saúde da Família - ESF e Núcleos de Apoio a Saúde da Família - NASF) e/ou especializada (CAPS), ocorrerá apenas em casos de alta gravidade e pelo período de sua estabilização (vedadas as internações de longa permanência). O local onde o adolescente será recebido deverá estar articulado com os demais níveis e serviços da rede de saúde mental a fim de assegurar seus direitos, sobretudo aqueles garantidos pela Lei da Reforma Psiquiátrica e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n.º 8.069/1990):

¹⁴ Havendo indicação médica e interesse de algum familiar ou responsável (no caso dos acolhidos, o coordenador da instituição), não é necessária a determinação judicial para internação compulsória, pois se trata de hipótese de internação involuntária, que deve ser realizada pelos equipamentos de saúde diretamente.

¹⁵ Oportuno recordar, nesse aspecto, a Tese Conclusiva n. XIV do Curso Entendendo o SUS, realizado pelo Centro de Apoio Operacional dos Direitos Humanos em março de 2015, segundo a qual: "A propositura de medida judicial visando à internação compulsória apenas será cabível quando, existindo prescrição médica para tratamento desta natureza, não for possível implementar a internação involuntária" <http://intranet.mp.sc.gov.br/intranet/conteudo/MaterialApoio/TesesConclusivasdoCursoEntendendooSUS-2015.P>. Acesso em: 09 abr. 2025

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, **visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;**

III- ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV- ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V- ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI- ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - **ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de Saúde Mental.**

Art. 7º A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, **em condições dignas de existência.** (grifos nossos)

O tempo¹⁶ de internação psiquiátrica é ato privativo dos profissionais da medicina e **deverá ser analisado e justificado caso a caso**, relacionando-se com o quadro diagnóstico e risco de recaídas (nos casos de uso abusivo de substâncias químicas). Independentemente disso, o plano de tratamento deve garantir os mencionados direitos, tendo por objetivo o encaminhamento ambulatorial em rede.

¹⁶ IDEM 15

O recurso hospitalar está, portanto, limitado aos momentos de desestabilização e crise. Tal recurso não se propõe a aglutinar as respostas de tratamento e de guarda ou moradia. Essas últimas devem ser consideradas paralelamente, sem depositar nos equipamentos de saúde a perspectiva de sua solução. Não é possível garantir direitos mediante a institucionalização e o isolamento do doente, especialmente se em condição peculiar de desenvolvimento.

Conforme descrito acima, a **Unidade de Acolhimento (UA)** e os **Serviços de Atenção em Regime Residencial** figuram no âmbito da atenção **Residencial de Caráter Transitório** (destaque-se seu caráter **transitório**). As UA¹⁷ são serviços que, articulados aos outros pontos de atendimento da RAPS, acolhem temporariamente pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e precisam de acompanhamento terapêutico e proteção temporária.¹⁸ Já os Serviços de Atenção em Regime Residencial, como as Comunidades Terapêuticas, são os serviços de saúde de atenção residencial transitória que oferecem cuidados para adultos¹⁹ com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas.

¹⁷ O surgimento das UAs foi também uma resposta às demandas relacionadas ao consumo de drogas somadas ao déficit de serviços de saúde voltados para pessoas em situação de rua, com problemas decorrentes do uso, e que necessitavam de atenção integral.

¹⁸ Em Santa Catarina, não existem Unidades de Acolhimento infantojuvenil.

¹⁹ Apesar de sua inclusão na RAPS, a modalidade de Comunidade terapêutica é objeto de discussão permanente, em função de seu histórico de violações de direitos e da ausência de obrigatoriedade de profissionais da área da saúde mental, bem como por atuar, muitas vezes, na contramão da compreensão multifatorial do uso de álcool e outras drogas. São serviços que recorrem à terapia ocupacional, disciplina, convivência entre pares e espiritualidade como únicos eixos de cuidado. Além disso, é questionável a legalidade do acolhimento de adolescentes nesses espaços, e sua regulamentação, na forma da Resolução CONAD nº 3, de 24 de julho de 2020, está em disputa judicial.

Ocorre que elas são divididas em:

[...] **serviço de saúde e de interesse à saúde**. As primeiras, chamadas Comunidades Terapêuticas Médicas, oferecem cuidados de saúde, isto é, executam procedimentos exclusivos de categorias profissionais de saúde, tendo as terapêuticas psiquiátricas como seu principal instrumento. Devem, por isso, obedecer às RDC n. 50/2002/ANVISA, n. 63/2011/ANVISA, n. 36/2013/ANVISA e n. 222/2018/ANVISA, à Resolução 2.507/2013/CFM, e demais normas referentes a estabelecimentos de saúde. **Não se tem registro dessa categoria de Comunidade Terapêutica em Santa Catarina.**

Desde o ano de 2011, por meio da Portaria MS/GM n. 3.088, tais Comunidades Terapêuticas estão integradas à RAPS como pontos de atenção dos Serviços de Atenção em Regime Residencial, em dispositivo atualmente assimilado pelo artigo 9º, inc. II, Anexo V, da **Portaria de Consolidação MS/GM n. 3/2017**. Conforme a normativa, se destinam a oferecer cuidados de saúde contínuos de caráter residencial transitório por até nove meses para pacientes maiores de 18 anos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Por outro lado, as **Comunidades Terapêuticas de interesse à saúde**, também denominadas “acolhedoras” ou “simples”, não constituem estabelecimentos de saúde e, portanto, **não integram a política pública de saúde**. Na sua definição e regulamentação, é fundamental a **Resolução n. 1/2015/MJ/CONAD**, que as caracteriza como entidades sem fins lucrativos de adesão e permanência voluntárias em regime de residência transitória. Nesses termos, as Comunidades Terapêuticas devem atender pessoas com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, conforme avaliação diagnóstica prévia realizada por profissional habilitado.

Por sua vez, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) instituiu a **RDC n. 29/2011**, que fixa requisitos mínimos de segurança sanitária para o funcionamento de Comunidades Terapêuticas, recentemente especificados pela Nota Técnica n. 2/2020/CSIPS/GGTES/ANVISA.

Tal documento, entre outras determinações, esclarece que as Comunidades Terapêuticas, no escopo da mencionada RDC, não são consideradas estabelecimentos de saúde. Isso porque nas Comunidades predomina a convivência entre os pares como instrumento terapêutico; **terapêuticas psiquiátricas, a exemplo da internação, não podem ser empregadas.** Corroboram esse entendimento a Resolução n. 2.507/2013 e o Parecer n. 9/2015, por meio dos quais o Conselho Federal de Medicina recusa a caracterização das Comunidades Terapêuticas, conforme definidas pela RDC n. 29/2011/ANVISA, como um serviço psiquiátrico ou um ambiente médico. Sob tal fundamento, **veda-se a realização ou indicação médica de internação compulsória ou involuntária, bem como de contenção química ou mecânica nessas instituições.**

Além disso, recente Resolução do Conanda (n. 249, de 10 de julho de 2024), que dispõe sobre a proibição do acolhimento de crianças e adolescentes em comunidades terapêuticas, proibiu, em todo território nacional, o acolhimento, atendimento, tratamento e acompanhamento de crianças e adolescentes em comunidades terapêuticas ou em instituições que prestam serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência, e que utilizam como principal instrumento terapêutico a convivência entre os pares (art. 1º).

Chamamos de acolhimento, e não internação, o tempo que o paciente voluntariamente escolhe viver nesses espaços. Ainda assim, é importante estabelecer a articulação com a rede (assistência, saúde, educação etc.) de modo a garantir o acompanhamento pelos demais serviços e que o PTS e o PIA sejam construídos de forma conjunta com o usuário. Além disso, somente mediante o planejamento articulado é possível reintegrar o usuário ao território e planejar seu acompanhamento ambulatorial a partir de então. Note-se, de todo modo, que o indivíduo acolhido não estará, em hipótese alguma, privado de sua liberdade e deverá receber e, se for o caso, deslocar-se, até os atendimentos e serviços de que necessitar. Trata-se, enfim, da garantia da atenção integral à saúde e o cuidado em liberdade.

Apesar das notícias de irregularidades e de sua configuração distante dos preceitos da política nacional de saúde mental, as Comunidades Terapêuticas são uma realidade presente em todo o território catarinense, com mais de 140 atualmente em atividade.

Cabe destacar a diretriz maior da política nacional de saúde mental, qual seja, a do atendimento ambulatorial para pessoas que fazem uso abusivo de substâncias, com objetivo de fortalecer e/ou criar vínculos familiares e comunitários e com o território (Lei 10.216/2001).²⁰

Há, ainda, os **Serviços Residenciais Terapêuticos** (SRT) ou **Residências Terapêuticas**, que são parte das estratégias de desinstitucionalização. São casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não. Seu foco é acolher e orientar pacientes **adultos** há muito tempo institucionalizados, com vínculos familiares inexistentes ou muito fragilizados.

Nesse sentido, vale recuperar o artigo 5.º da Lei 10.216/2001:

O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica **de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida**, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário. (grifo nosso)

Mais uma vez, é no sentido da desinstitucionalização que todo o aparato da Política de Saúde Mental está orientado. É no território e por meio do trabalho intersetorial articulado, de modo planejado e processual, que deve ser pensada a reabilitação psicossocial do paciente e seu consequente retorno à convivência comunitária.

²⁰ Este trecho foi extraído do diagnóstico do Programa Saúde Mental em Rede, do qual o CIEJ participa em colaboração com o Centro de Apoio Operacional de Saúde Pública (CSP). A redação é de autoria do Dr. Douglas Roberto Martins, então coordenador do CSP, e da psicóloga Daphne de Castro Fayad, então analista em psicologia no CIEJ.

Retrogradação do cuidado:

o recuo à centralidade do saber médico e
a fragmentação das “especialidades”

Como extensamente demonstrado, o modelo de atenção em Saúde Mental está orientado para o atendimento prioritariamente comunitário e ambulatorial. O acolhimento em **serviços residenciais** está limitado aos equipamentos descritos acima e, com exceção das Unidades de Acolhimento infantojuvenis, inexistentes no estado de Santa Catarina (mas que não se adequam à situação do adolescente em questão), **não se destinam às crianças e adolescentes**. Apenas diante da necessidade de uma resposta clínica, pontual e hospitalar, recorre-se à internação em saúde mental, valendo a diretriz maior da Lei n. 10.216/2001 de que a internação psiquiátrica, em qualquer modalidade, só é indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (art. 4º).

Necessário, no entanto, discernir “insuficientes” e inexistentes ou esfacelados. Os avanços alcançados pela reordenação do modelo de assistência enfrentam, hoje, grandes dificuldades. A insuficiência ou má distribuição de investimento culminou em um cenário que: carece de boa parte dos equipamentos previstos; e/ou em função de contratos temporários, apresenta uma rotatividade incompatível com os princípios do cuidado integral e territorial; e/ou apresenta equipamentos com estruturas físicas precárias; e/ou conta com equipes mal dirigidas e com pouco/nenhum suporte técnico-formativo. Aliás, na ausência de CAPS e

de Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental suficientes, dificilmente os cuidados ambulatoriais poderão alcançar o devido êxito.

Assim, na contramão dos princípios balizadores do cuidado integral, em alguns estados e municípios, e mesmo no âmbito federal, *nota-se a priorização orçamentária dos serviços hospitalares e auxiliares*. Um exemplo desse desequilíbrio encontra-se nos incentivos destinados a programas como o Reviver, com previsão de um investimento de R\$ 10 milhões por ano nas comunidades terapêuticas em Santa Catarina.²¹

Pesquisas demonstram, além (ou em consequência) disso, que a conclusão de que já tenham sido esgotadas as tentativas extra-hospitalares de cuidado decorrem das adversidades de processos de trabalho e de ausência de fundamentação técnica planejada:

O processamento de mudanças em nível de reformulação do modelo de assistência não se dará somente através de medidas de cunho legislativo, mas fundamentalmente pelas rupturas realizadas nos microespaços e através da desconstrução do modelo manicomial fortemente arraigado nos profissionais e no senso comum.²²

²¹ https://agenciaal.alesc.sc.gov.br/index.php/noticia_single/lancado-edital-para-contratacao-de-com-unidades-terapeuticas. Sobre esse assunto, consultar Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020, disponível em <https://www.conectas.org/wp-content/uploads/2022/04/Levantamento-sobre-o-investimento-em-CTs-w5101135-ALT5-1.pdf>.

²² HIRDES, A.. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, n. Ciênc. saúde coletiva, 2009 14(1), p.301

Em muitos casos, então, o doente foi livrado dos muros do manicômio, e novamente encarcerado nos saberes isolados de equipamentos fragilizados, com técnicos temporários e quase nenhum trabalho articulado. Agora refém da camisa de força química, e, até mesmo, de uma psicoterapêutica que limita o tratamento a consultas que se encerram em si mesmas, vivemos um momento de retorno do pensamento de que a doença mental resume-se aos saberes 'psis', reduzidos, estes, a consultas individuais esporádicas e encaminhamentos desarticulados que, inevitavelmente, culminam no “fracasso” dos recursos ambulatoriais.

Esse modelo em nada atende aos princípios do processo de reforma que **deu origem à RAPS**, pautada na reabilitação psicossocial e nos direitos fundamentais. No entanto, suas dificuldades têm justificado o retorno às internações de longa permanência em locais que não se enquadram na política de saúde, por melhores que sejam suas estruturas. Assim, compreendem-se esgotados os recursos extra-hospitalares quando, na realidade, não foram corretamente implementados e/ou executados. É necessário, apesar de todas as dificuldades, resgatar os princípios da política de saúde mental, convocando gestores e profissionais a cumprirem o desenho da RAPS. **Trata-se de incentivar e fortalecer esses princípios em nome da garantia de direitos do paciente em sofrimento mental.** Além disso, é essencial a interlocução entre as políticas públicas.

Não é possível tratar ou promover saúde mental de crianças e adolescentes sem considerar aspectos que ultrapassam o conjunto de equipamentos de saúde, como escola, assistência social, urbanismo e cultura. O que tem ocorrido, em muitas localidades, **é o atendimento isolado nas diferentes políticas e serviços**, de modo que o paciente voltou a ser objeto de especialidades polarizadas nesta ou naquela política, sem diálogo ou plano de intervenção conjunta, em franco descumprimento da norma.

Não é possível tratar ou promover saúde mental de crianças e adolescentes **sem** considerar alguns aspectos.

Uma nota sobre a diferença

entre os termos “deficiência mental”
e “transtorno mental”

A compreensão sobre os conceitos de deficiência e transtorno mental é muitas vezes perpassada por equívocos, já que foi comum utilizar os termos como sinônimos. No entanto, além de já possuírem diferenças conceituais, desde 2004, ano da Declaração de Montreal sobre Deficiência Intelectual, o termo “deficiência mental” passou a ser “deficiência intelectual”. Primeiramente, em virtude mesmo da substituição ou equivalência equivocada com os termos “transtorno mental” e, inclusive, entre “intelectual” e “mental”, como se fossem sinônimos. Em segundo lugar, pela carga pejorativa que a expressão “deficiência mental” carregava, assim como “retardo mental” ou “doente mental”. Com essas alterações terminológicas, diferencia-se dois campos que, apesar de frequentemente coexistentes em um mesmo sujeito, demandam compreensões e intervenções distintas.

O entendimento da deficiência tem sofrido constantes mudanças ao longo da história. O reconhecimento das pessoas com deficiência também foi historicamente marcado pela exclusão, pautada também na negação à diferença.

²³ BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html#ANEXOIII. Acesso em 09 abr. 2025.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1997, com a Classificação Internacional das Deficiências, Atividades e Participação (CIDDM-2), caracterizou a deficiência como uma perda ou anormalidade de uma parte do corpo (estrutura) ou função corporal (fisiológica), incluindo as funções mentais, podendo ser permanente, temporária ou adquirida.²³ Neste sentido, a depender da deficiência, a pessoa pode apresentar dificuldade no desempenho pessoal, como comunicação, relação social, cuidados pessoais. Já o transtorno mental pode ser conceituado como

[...] uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental [...].²⁴

Desse modo, os **transtornos mentais causam sofrimento significativo** e, muitas vezes, **podem afetar atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes**.²⁵

Os casos de maior confusão entre os dois conceitos são os de deficiência intelectual (antes chamada de deficiência mental) e transtorno mental (doença mental). Na deficiência intelectual, o indivíduo apresenta desenvolvimento intelectual reduzido ou incompleto, não dispondo de instrumentos necessários para a compreensão de todas ou de parte das coisas, com frequente dificuldade de aprendizagem.

²³ BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html#ANEXOIII. Acesso em 09 abr. 2025.

²⁴ MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS – DSM-5, 2014, p. 20.

²⁵ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <http://www.institutopebioetica.com.br/documentos/manual-diagnostico-e-estatistico-de-transtornos-m>. Acesso em: 09 abr. 2025

No transtorno mental, o sujeito detém os instrumentos intelectuais necessários, todavia, estes podem apresentar funcionamento comprometido.²⁶ Tal comprometimento, no entanto, é variável ou pode ser inexistente.

Consideradas as diferenças clínicas e conceituais, o cuidado voltado para cada caso também é distinto. No caso de uma pessoa com deficiência mental, as primeiras intervenções são relacionadas ao estímulo em áreas com dificuldade, com uma atuação multiprofissional, envolvendo, possivelmente, pedagogos, psicólogos, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais. No SUS, os atendimentos nos diferentes níveis de atuação compõem a chamada Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), com objetivo de inclusão social e reabilitação.

Quando nos referimos a uma pessoa com sofrimento ou transtorno mental, o acompanhamento e as intervenções também devem ser multiprofissionais, mas, por caracterizar-se como um problema de saúde mental, terá seus cuidados agenciados pela RAPS.

De todo modo, tanto o diagnóstico de deficiência intelectual como o de transtorno mental apresentam uma plasticidade histórica que evidencia a determinação social do que se entende por saúde e por doença. Em ambos os casos é preciso garantir ao paciente a participação nas decisões sobre seu tratamento e sua vida de modo geral.

²⁶ SASSAKI, R. K. Deficiência mental ou intelectual? Doença ou transtorno mental?. Revista Nacional de Reabilitação, v. IX, n. 43, p. 9-10, 2005. Disponível em: https://idoso.mppr.mp.br/arquivos/File/Artigo_-_Deficiencia_mental_ou_intelectual.pdf

É igualmente comum²⁷ a confusão entre os serviços residenciais que atendem a essas populações. São tomados por equivalentes, sobretudo, os Serviços Residenciais Terapêuticos (definido acima), no âmbito da política de saúde, voltados a adultos com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, e as Residência Inclusivas, no âmbito da política de assistência social, voltadas para adultos com deficiência, conforme será abordado a seguir.

É importante salientar que deficiência (intelectual ou outra) e transtorno mental podem se apresentar de forma concomitante em um paciente. Nesses casos está ainda mais justificada a necessidade de atuação articulada, multiprofissional e intersetorial para garantir o direito à saúde e à convivência familiar e comunitária. Por isso, nos casos das crianças e adolescentes, não há serviços residenciais previstos em nenhum caso, nem na hipótese da deficiência mental, nem na hipótese do transtorno mental. Convém destacar aqui também o que o acesso à educação regular, incluindo o espaço escolar, é um direito de todas as crianças e adolescentes.

Mais uma vez, cabe à rede articulada providenciar a melhor forma de acesso, bem como de trabalho integrado com a educação, em prol do desenvolvimento psicossocial. Todas as equipes (de saúde, socioassistenciais e da educação) serão corresponsáveis pelo atendimento contínuo das demandas de diferentes naturezas (saúde, assistência-social, pedagógicas).

²⁷ Sobre as diferenças e semelhanças entre os SRT e as Residências Inclusivas, está disponível um material simplificado e completo do MPSP em: https://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/BibliotecaDigital/Publicacoes_MP/Todas_publicacoes/Residencias-inclusivas_aspectos-de-funcionamento.pdf Acesso em: 09 abr. 2025

Raízes históricas das instituições de acolhimento para crianças e adolescentes no Brasil:

da roda dos expostos à garantia do direito à convivência familiar e comunitária

Assim como a história da loucura necessita ser contada para se compreender o cenário da desinstitucionalização, é preciso resgatar as raízes históricas das instituições de acolhimento para crianças e adolescentes no Brasil, permeadas pela tradição assistencialista, caritativa e missionária²⁸, que sustentou o sistema conhecido por Roda dos Expostos ou dos Enjeitados.²⁹

A **Roda dos Expostos** foi criada na Europa medieval com o propósito de garantir que crianças recém-nascidas e indesejadas tivessem um local seguro à sua sobrevivência, sem, contudo, expor a autoria do abandono. Realizado pelas Santa Casas de Misericórdia, veio para o Brasil no período colonial e permaneceu vigente por quase um século e meio como o único modelo de assistência à infância abandonada. A **roda dos expostos** foi uma das instituições brasileiras de mais longa vida e foi extinta completamente apenas na década de 1950. Aliás, o “Brasil foi o último país a acabar com o sistema da roda dos enjeitados”.³⁰

Historicamente a Assistência Social no Brasil foi considerada como expressão de solidariedade religiosa.³¹

²⁸ A principal preocupação do sistema era o batismo da criança que ingressava na instituição.

²⁹ Compartimento cilíndrico com uma abertura no muro das Instituições, onde quem deixava a criança não era identificado, uma vez que bastava girar o artefato para que ela passasse para o lado de dentro do local (RIZA, Marília Bueno de Araújo. Portal Santa Casa de Misericórdia – São Paulo. Disponível em: <<https://www.santacasasp.org.br/portal/museu-curiosidades/#?text=A%20roda%20dos%20expostos%20sempre>>. Acesso em: 09 abr. 2025

³⁰ FREITAS, Marcos Cezar de (org.). História Social da Infância no Brasil. 9ª ed. Rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2016.

³¹ MESTRINER, Maria Luiza. A intrincada relação histórica entre a assistência social e a filantropia no Brasil. In: STUCHI, Carolina Gabas; PAULA, Renato Francisco dos Santos; PAZ, Rosângela Dias Oliveira (Org.).

Suas intervenções voltavam-se ao **atendimento à maternidade**, à **infância**, a **adolescência** e aos **desvalidos**, por meio de ações pontuais, fragmentadas, descontinuadas e em total desacordo com o conjunto de necessidades dos usuários uma vez que reafirmava a exclusão social, ou seja, o mínimo social ofertado não garantia a sobrevivência. Ao contrário, promovia a reprodução de uma cultura subalterna que se sustentava pelo clientelismo como um instrumento de barganha. Assim, a assistência social foi crescendo e sua linha programática acompanhou o processo histórico, político, econômico e social do país.

O século XX foi marcado pela crescente evolução³² em relação ao direito da criança e do adolescente; entretanto, a institucionalização praticada desde o período colonial permaneceu profundamente enraizada na dinâmica social brasileira, no qual o *asilamento*, *abrigamento* ou *internação* constituiu-se como característica marcante das ações assistenciais de proteção:

A história dos abrigos e asilos é antiga no Brasil. A colocação de crianças, adolescentes, pessoas com deficiências e idosos em instituições para protegê-los ou afastá-los do convívio social e familiar foi, durante muito tempo, materializada em grandes instituições de longa permanência, ou seja, espaços que atendiam a um grande número de pessoas, que lá permaneciam por longo período às vezes a vida toda. São os chamados, popularmente, como orfanatos, internatos, educandários, asilos, entre outros.³³

³² Em 1927, é aprovado o Decreto n. 17.943-A, conhecido como Código Mello Mattos, em homenagem ao jurista responsável pela sua elaboração, que propunha aprovar um mecanismo legal que desse destaque à questão do menor de idade, disciplinando que a assistência à infância deveria passar da esfera punitiva para a educacional. Trata-se do primeiro código da América Latina que reúne lei e decretos desde 1902.

³³ BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política Nacional de Assistência Social - PNAS/2004. Brasília, 2004. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf. Acesso em: 09 abr. 2025.

O discurso sobre a “incapacidade” das famílias pobres de proteger seus filhos sustentou (e ainda sustenta) intervenções higienistas, policiaescas e de responsabilização, as quais recorriam ao afastamento da criança e do adolescente do convívio familiar, “com total descaso pela preservação de seus vínculos familiares”.³⁴ Foi na esteira do discurso sobre a incapacidade de proteção que a cultura da institucionalização foi consolidada no país, num cenário em que a própria família era persuadida a entregar seus filhos nas instituições sob o argumento de que esses locais ofereceriam melhores condições de educação e possibilidades de mudança de vida.³⁵

Nesse contexto, a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM), criada na década de 1960, realiza uma campanha largamente difundida em mídia impressa, rádio e televisão, com o objetivo de disseminar o ideário familista³⁶ e incentivar práticas de acolhida comunitária de crianças e adolescentes.

“Uma campanha em favor do menor”, conforme informava Brasil Jovem, sugeria: “Toda criança precisa de um lar: o lar de seus pais ou o lar que você lhe ofereça!”. A campanha expressava, dentre outros sentidos, que o encaminhamento institucional acerca do ideário da família abrangia não apenas as famílias de

³⁴ BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Plano de defesa das crianças e adolescentes. Brasília: MDS, 2013. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/Plano_Defesa_CriançasAdolescentes%20.pdf. Acesso em: 09 abr. 2025.

³⁵ IBIDEM 11

³⁶ Familismo é o fenômeno em que a família é a instância primária de proteção social, havendo ausência do Estado, sendo responsabilizadas pelos problemas sociais. Caracteriza-se como “atribuição de maior responsabilidade para as famílias na provisão de bem-estar para seus membros” (MIOTO, 2014 *apud* RONZONI, 2019, p. 2). RONZONI, Rúbia dos Santos. Atuação interdisciplinar no SUAS: Desafios e perspectivas. In: III Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis 13 e 14 de novembro de 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/202596>. Acesso em: 09 abr. 2025

origem, mas também as substitutas. O favor ao “menor” referia-se, neste caso, ao seu acolhimento por famílias que contassem com mais recursos, materiais e psicossociais, do que aqueles que dispunham suas famílias consanguínea.³⁷



Publicidade sobre a Campanha em Favor do Menor³⁸

Contudo, os problemas operacionais dessas instituições limitaram o cumprimento do objetivo maior, que era a prestação de serviços assistenciais e educacionais. Além disso, as condições arquitetônicas, com características totais, eram inóspitas e geradoras de uma série de violações e violências. Os danos (afetivos, sociais e cognitivos) causados aos internos eram demasiadamente graves e muitos, inclusive, irreversíveis. Cabe lembrar que naquele período crianças e adolescentes (os menores) institucionalizados não eram vistos e tampouco tratados como sujeitos de direitos. Por instituições totais compreende-se:

³⁷ DAMINELLI, Camila Serafim. UMA FUNDAÇÃO PARA O BRASIL JOVEM: FUNABEM, menoridade e políticas sociais para infância e juventude no Brasil (1964-1979). 2019. 304 pg. Tese (Doutorado) - Curso de História, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2019. Disponível em: https://www.udesc.br/arquivos/faed/id_cpmenu/2551/Camila_Serafim_Daminelli_final_15833439835848_2551.pdf. Acesso em: 09 abr. 2025

³⁸ IBIDEM 16.

[...] espaços onde os indivíduos ficam internados por tempo integral, havendo uma ruptura entre as barreiras que separam os locais de dormir, brincar e trabalhar. Neste ambiente, o indivíduo fica sempre com um grupo relativamente grande e todos têm que realizar as atividades em conjunto. Estas seguem uma disciplina rígida, que envolve regras e horários. [...] estas são organizadas de modo a levar a uma mortificação do eu, uma vez que os internos, dentre outras coisas, perdem seus objetos pessoais e identitários, sofrem humilhações e seguem regras impostas sem poder questionar.³⁹



Instituições de Acolhimento no século XX.⁴⁰



SAM - Pavilhão Anchieta - Quintino, RJ, 1964.⁴¹

³⁹ GOFFMAN, 1961 apud ESTEVES; CARDOSO; CORRADI-WEBSTER, 2014, p.73. ESTEVES, Rafael Braga;

⁰ Instituto Bexiga Pesquisa e Formação. 2021. Disponível em: <

<https://institutobixiga.com.br/roda-dosexpostos-a-instituicao-mais-duradoura-destinada-a-infancia-pobre-e-dita-a-bandonada-no-brasil>>. Acesso em 09 abr. 2023

⁴¹ RIZZINI, Irene; RIZZINI, Irma. A institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico e desafios do presente. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio. São Paulo: Loyola, 2004. 88 p. Disponível em:

<http://www.editora.pucRio.br/media/ebook_institucionalizacao_de_crianças_no_brasil.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2025

A trajetória da institucionalização assume outros caminhos a partir de meados da década de 1980. Com a redemocratização do país, um amplo processo de discussão entre vários segmentos da sociedade, inclusive com os próprios internos, passa a questionar o modelo vigente de assistência e os movimentos em favor do fechamento dos grandes internatos ganham força, reafirmando a necessidade de um ordenamento jurídico que concebesse **crianças e de adolescentes como sujeitos de direitos**.

A Constituição Federal de 1988 se constituiu, portanto, num marco ao registrar a Doutrina da Proteção Integral declarada em vários documentos internacionais, respaldando o desenho do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que veio a ser implementado em 1990, trazendo no seu conteúdo uma nova concepção de criança e de adolescente.

Sistema Único de Assistência Social (SUAS) - Proteção Social Especial de Alta Complexidade:

serviços de acolhimento institucional e familiar para Crianças e Adolescentes (de 0 a 18 anos incompletos)

Com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n. 8.069/1990), os serviços de acolhimento institucional e familiar passaram a ser concebidos como medida específica de proteção (artigo 101, incisos VI e VIII, c/c artigo 101, §1º), de caráter provisório e excepcional, utilizáveis como forma de transição para reintegração familiar ou, não sendo possível, para colocação em família substituta, não implicando privação de liberdade. O **ECA ordena**, ainda, que o acolhimento familiar ou institucional deve ocorrer no local mais próximo à residência dos pais ou do responsável (artigo 101, § 7º), uma vez que a “preservação dos vínculos familiares e a promoção da reintegração familiar” constituem-se princípios consagrados no artigo n. 92 deste estatuto.

A oferta de Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes ocorre no âmbito da política de Assistência Social e integra os Serviços de Alta Complexidade do Sistema Único de Assistência Social (SUAS)⁴², sejam eles de natureza público-estatal ou não estatal.

⁴² O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) concretizou as diretrizes da Constituição Federal, assegurando a primazia da atuação do Estado na provisão de serviços, benefícios, programas e projetos. Como um direito garantido no tripé da Seguridade Social (art. 197 da CF/1988), o SUAS foi instituído pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) e implementado pela Política Nacional de Assistência Social/PNAS aprovada, em 2004, pelo Conselho Nacional de Assistência Social. Este sistema reorganizou a Política de Assistência Social brasileira e sua operacionalização ocorre por meio da NOB SUAS/2012 aprovada pela Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS n. 33/2012.

Esses serviços devem pautar-se nas regras e princípios do ECA, da Política Nacional de Assistência Social, da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS, da Norma Operacional Básica do SUAS, do Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária e no Projeto de Diretrizes das Nações Unidas sobre Emprego e Condições Adequadas de Cuidados Alternativos com Crianças.⁴³

O Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária (PNCFC)⁴⁴ representa um importante instrumento de orientação quanto às estratégias, objetivos e diretrizes com vistas à prevenção do rompimento dos vínculos familiares, na qualificação do atendimento dos serviços de acolhimento e no investimento para o retorno ao convívio com a família de origem. O referido plano estabelece que os serviços de acolhimento institucional ou familiar devem prestar plena assistência à criança e ao adolescente, de acordo com os pressupostos do ECA, ofertando-lhes acolhida, cuidado e espaço para socialização e “desenvolvimento em áreas residenciais, sem distanciar-se excessivamente, do ponto de vista geográfico, da realidade de origem das crianças e adolescentes acolhidos” (p. 41).

⁴³ BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Conselho Nacional de Assistência Social. Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes. Brasília, 2009. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/cadernos/orientacoes-tecnicas-servicos-de-acolhimento.pdf. Acesso em: 09 abr. 2025

⁴⁴ IDEM 34

O PNCFC acentua o movimento de mudança nas instituições e serviços de atenção e proteção à criança e ao adolescente. Ele detalha um processo de reordenamento dos serviços de acolhimento proposto pelo ECA. Reordenar significa dar uma nova ordem aos serviços e programas a partir dos marcos legais, revendo e articulando a política pública, repensando os paradigmas conceituais, reorganizando serviços e estruturas institucionais, refletindo sobre a política pedagógica das instituições de acolhimento, os programas de atendimento às crianças e famílias em situação de vulnerabilidade e promovendo as articulações necessárias.

Com a discussão proposta pelo PNCFC, no que diz respeito ao reordenamento das entidades que executam o serviço de acolhimento institucional, surgem, por meio da Resolução Conjunta n. 1/2009 CONANDA/CNAS, as Orientações Técnicas para os Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes, as quais estabelecem, em todo território nacional, parâmetros e orientações de funcionamento e indicam procedimentos técnicos e metodológicos fundamentais para a profissionalização dos serviços de acolhimento de crianças e adolescentes na perspectiva da garantia da proteção e do restabelecimento dos direitos, considerando a articulação da rede de proteção na busca pelo fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, o desenvolvimento de potencialidades das crianças e adolescentes atendidos e o empoderamento de suas famílias.⁴⁵

⁴⁵ IBIDEM 8, pg. 22.

Na esteira das Orientações Técnicas, os serviços de acolhimento para crianças e adolescentes devem estruturar seu atendimento de acordo com os seguintes princípios: 1) excepcionalidade do afastamento do convívio familiar; 2) provisoriedade do afastamento do convívio familiar; 3) preservação e fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários; 4) garantia de acesso e respeito à diversidade e não discriminação; 5) oferta de atendimento personalizado e individualizado; 6) garantia de liberdade de crença e religião; 7) respeito à autonomia da criança, do adolescente e do jovem.⁴⁶

O referido documento de orientação enfatiza, ainda, o atendimento individualizado e em pequenos grupos e apresenta caminhos para o desenvolvimento e incorporação de metodologias para o trabalho com crianças, adolescentes e suas famílias, com o objetivo de contribuir para que o atendimento no serviço de acolhimento seja transitório, porém reparador. Em síntese, o documento apresenta: a) os princípios que devem nortear o atendimento em serviços de acolhimento para crianças e adolescentes; b) as orientações metodológicas para o atendimento de crianças e adolescentes nos referidos serviços; e c) os parâmetros de funcionamento das diferentes modalidades de serviços de acolhimento.

⁴⁶ IBIDEM 8, pg. 22 a 28.

Ainda, vale lembrar que o CNMP emitiu em agosto de 2021 a Recomendação 82 orientando sobre a concentração de esforços na atuação⁴⁷ ministerial visando salvaguardar o direito à convivência familiar e comunitária das crianças e dos adolescentes mediante ações que promovam a ampliação do serviço de acolhimento familiar e a redução do número de acolhidos institucionalmente. Isso porque, como se sabe, o Marco Legal da Primeira Infância (Lei n. 13.257/2016, art. 28) alterou o artigo 34 do Estatuto da Criança e Adolescente, que passou a ter a seguinte redação:

Art. 34. [...]

§ 1º A inclusão da criança ou adolescente em programas de acolhimento familiar terá preferência a seu acolhimento institucional, observado, em qualquer caso, o caráter temporário e excepcional da medida, nos termos desta Lei.

§ 2º Na hipótese do § 1º o deste artigo a pessoa ou casal cadastrado no programa de acolhimento familiar poderá receber a criança ou adolescente mediante guarda, observado o disposto nos arts. 28 a 33 desta Lei.

§ 3º A União apoiará a implementação de serviços de acolhimento em família acolhedora como política pública, os quais deverão dispor de equipe que organize o acolhimento temporário de crianças e de adolescentes em residências de famílias selecionadas, capacitadas e acompanhadas que não estejam no cadastro de adoção.

§ 4º Poderão ser utilizados recursos federais, estaduais, distritais e municipais para a manutenção dos serviços de acolhimento em família acolhedora, facultando-se o repasse de recursos para a própria família acolhedora. (NR) (BRASIL, 2016).

O acolhimento familiar é, portanto, preferencial ao acolhimento institucional, conforme deixou evidente o próprio Estatuto da Criança e do Adolescente. Isso porque, ao invés do encaminhamento para abrigos, onde crianças e adolescentes são tratados em uma abordagem coletiva que não favorece o desenvolvimento pleno e harmonioso da personalidade e do potencial humano, a oferta do serviço em famílias acolhedoras⁴⁸ possibilita o atendimento individualizado, dedicando um olhar responsável e cuidadoso e oportunizando o bem-estar físico, mental e social necessários ao desenvolvimento integral dos acolhidos.

A diferença dessa modalidade é a possibilidade de colocar crianças e adolescentes em um ambiente privativo no qual elas possam vivenciar experiências afetivas, receber cuidados e conviver "com as regras próprias da dinâmica familiar, tendo garantido o seu direito à convivência familiar e comunitária".⁴⁹

⁴⁸ SANTA CATARINA. Orientação Conjunta 01. Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre Acolhimento de Crianças e Adolescentes. 2020. Disponível em: <https://documentos.mpsc.mp.br/portal/manager/resourcesDB.aspx?path=5302>. Acesso em 09 abr. 2025

⁴⁹ VALENTE, Jane. Família Acolhedora: As Relações de Cuidado e de Proteção no Serviço de Acolhimento. 8.ed. São Paulo: Paulus, 2013.

Além da preferência firmada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, a doutrina especializada é unânime ao apontar que esse serviço é mais condizente com a proteção da criança e do adolescente que precisa ser afastado do convívio familiar. A esse respeito, afirmam Rossato, Lépure e Sanches *apud* Nucci⁵⁰

[...] a marca registrada do acolhimento familiar é que a criança e o adolescente estarão sob os cuidados imediatos de uma família, denominada família acolhedora, que é previamente cadastrada no respectivo programa. Trata-se de vocacionada função, para a qual se exige preparo especial e desprendimento, com o intuito de oferecer o carinho e cuidado especiais ao assistido. A criança e o adolescente não são recebidos como filhos, até porque não o são, tendo em vista que a situação instalada é provisória, existente tão somente para que, após determinado período, passada a situação de risco e suprido o déficit familiar, possam aquelas pessoas retornar ao seu grupo familiar de origem.

O **serviço de acolhimento familiar** é um serviço tipificado na Política Nacional de Assistência Social, localizado no âmbito da Proteção Social Especial de Alta Complexidade, conforme previsto no art. 1º, inc. II, "b", da Resolução CNAS n. 109/2009, que **trata da tipificação dos serviços socioassistenciais**, sendo descrito como o

⁵⁰ NUCCI, Guilherme de Souza. Estatuto da Criança e do Adolescente Comentado. Rio de Janeiro: Forense, 2014, p. 329-330.

serviço que organiza o acolhimento de crianças e adolescentes, afastados da família por medida de proteção, em residência de famílias acolhedoras cadastradas. É previsto até que seja possível o retorno à família de origem ou, na sua impossibilidade, o encaminhamento para adoção. O serviço é o responsável por selecionar, capacitar, cadastrar e acompanhar as famílias acolhedoras, bem como realizar o acompanhamento da criança e/ou adolescente acolhido e sua família de origem. O Serviço deverá ser organizado segundo os princípios, diretrizes e orientações do Estatuto da Criança e do Adolescente e do documento “Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes”, sobretudo no que se refere à preservação e à reconstrução do vínculo com a família de origem, assim como à manutenção de crianças e adolescentes com vínculos de parentesco (irmãos, primos, etc.) numa mesma família. O atendimento também deve envolver o acompanhamento às famílias de origem, com vistas à reintegração familiar. O serviço é particularmente adequado ao atendimento de crianças e adolescentes cuja avaliação da equipe técnica indique possibilidade de retorno à família de origem, nuclear ou extensa.⁵¹

⁵¹ BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Brasília, 2009. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/resolucao_cnas_n109_%202009.pdf. Acesso em: 09 abr. 2025.

Sistema Único de Assistência Social (SUAS) - Proteção Social Especial de Alta Complexidade: serviço de residência inclusiva para Jovens e Adultos com deficiência

Inicialmente, **é importante destacar que Residência Inclusiva não é lugar para Criança e Adolescente.** De acordo com a Resolução n. 109/2009, do Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS, que dispõe sobre a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, as Residências Inclusivas estão tipificadas na Proteção Social de Alta Complexidade, no rol dos Serviços de Acolhimento Institucional, e estão aptas a atender jovens e adultos com deficiência. Essa foi uma das metas previstas no Plano Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver Sem Limite – Eixo Inclusão, lançado por meio do Decreto n. 7.612/2011, revogado pelo Decreto n. 11793/2023.

A proposta de implantação de Residências Inclusivas se respalda em compromissos assumidos pelo Brasil, junto à Organização das Nações Unidas (ONU), ao ratificar, por meio do Decreto Legislativo n. 186, de 9 de julho de 2008, o Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, que contém recomendações específicas para acolhimento de pessoas com deficiência. Portanto, essa modalidade de atendimento, a exemplo dos demais serviços socioassistenciais, possui um documento específico que orienta gestores,

profissionais, residentes e familiares sobre as diretrizes, objetivos e metodologias de atendimento.⁵² O referido documento foi elaborado com base em consultorias especializadas e em diversos encontros nacionais e locais para o seu aprimoramento.

Por fim, reitera-se que a Residência Inclusiva é uma unidade que oferta Serviço de Acolhimento Institucional para jovens e adultos com deficiência, em situação de dependência, que não disponham de condições de autossustentabilidade ou de retaguarda familiar, em sintonia com a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais.

Para crianças e adolescentes (de 0 a 18 anos incompletos), quando necessário o afastamento da família de origem, independentemente do quadro de saúde física/mental e/ou deficiência física/cognitiva a oferta de Serviços de Acolhimento deve necessariamente ocorrer nas modalidades: i) família acolhedora; ii) abrigo Institucional; e iii) casa-lar. De acordo com as diretrizes vigentes, o serviço de acolhimento institucional para crianças e adolescentes é um serviço socioassistencial de caráter provisório e excepcional, voltado ao atendimento de crianças e adolescentes de 0 a 18 anos de ambos os sexos, inclusive crianças e adolescentes com deficiência ou com transtorno mental, sob medida de proteção (art. 98 do Estatuto da Criança e do Adolescente) e em situação de risco pessoal e social, que se encontram por algum motivo impossibilitados da convivência no contexto da família natural.

⁵² BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Caderno de residências inclusivas: perguntas e respostas. Brasília: MDS, 2016. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/caderno_residencias_inclusivas_perguntas_e_respostas_mai2016.pdf. Acesso em 09 abr. 2025.

Por fim, reitera-se que a **Residência Inclusiva** é uma unidade que oferta Serviço de Acolhimento Institucional para jovens e adultos com deficiência, em situação de dependência, que não disponham de condições de autossustentabilidade ou de retaguarda familiar, em sintonia com a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais.

Para crianças e adolescentes (de 0 a 18 anos incompletos), quando necessário o afastamento da família de origem, independentemente do quadro de saúde física/mental e/ou deficiência física/cognitiva a oferta de Serviços de Acolhimento deve necessariamente ocorrer nas modalidades: i) família acolhedora; ii) abrigo Institucional; e iii) casa-lar . De acordo com as diretrizes vigentes, o serviço de acolhimento institucional para crianças e adolescentes é um serviço socioassistencial de caráter provisório e excepcional, voltado ao atendimento de crianças e adolescentes de 0 a 18 anos de ambos os sexos, inclusive crianças e adolescentes com deficiência ou com transtorno mental, sob medida de proteção (art . 98 do Estatuto da Criança e do Adolescente) e em situação de risco pessoal e social, que se encontram por algum motivo impossibilitados da convivência no contexto da família natural.

A **Residência Inclusiva** é uma unidade que oferta Serviço de Acolhimento Institucional para jovens e adultos **com deficiência, em situação de dependência**, que não disponham de condições de autossustentabilidade ou de retaguarda familiar.

Caso a criança ou adolescente apresente demandas de saúde mental (o que engloba tanto os diagnósticos psiquiátricos como as queixas de conduta e adaptação), seu atendimento será de responsabilidade compartilhada entre os serviços de saúde e socioassistenciais, preferencialmente no modelo ambulatorial, configurando, assim, a internação hospitalar um recurso excepcional e temporário, justificado apenas na hipótese do esgotamento das demais possibilidades e fundamentado em laudo médico. Ademais, mesmo ocorrendo a internação psiquiátrica, os serviços devem permanecer em constante contato e articulação, planejando o retorno da criança ou do adolescente à instituição de acolhimento.

Formando o tripé básico da proteção, **a Educação também precisa estar preparada**, e de preferência articulada com a equipe do serviço de acolhimento e com a RAPS, seja para resgatar eventuais prejuízos na aprendizagem em função de prejuízos cognitivos e da habitual falta de prioridade conferida à educação formal de adolescentes internados, assim como para revisar a necessidade de segundo professor, atendimento educacional especializado ou outro recurso da educação especial vigente no município.

Sugere-se, invariavelmente, **que as equipes técnicas dos serviços de acolhimentos**, ao elaborar o PIA, mapeiem a rede de atendimento e articulações com vistas ao atendimento das mais diversas demandas.

Quanto à articulação com o SUS, as **Unidades Básica de Saúde** são responsáveis pelas ações de promoção da saúde, ações educativas e de prevenção de agravos. Caso necessário, a equipe desses serviços fará ainda o encaminhamento para unidades de atenção especializada, como **Hospitais** e **Unidades de Urgências e/ou Emergências**. Assim, **o serviço de acolhimento deve estar referenciado no território de uma UBS**, que deve prestar o atendimento primário às demandas de saúde dos acolhidos, realizando os encaminhamentos e articulações com os demais equipamentos de saúde, como o NASF e o CAPS.



GLOSSÁRIO

ABRIGO INSTITUCIONAL

Serviço de acolhimento temporário para crianças e adolescentes afastados do convívio familiar por medida protetiva (ECA, Art. 101). Cada unidade pode atender até 20 crianças e adolescentes. Este serviço, semelhante a uma residência, deve estar situado em áreas residenciais da comunidade, oferecendo um ambiente acolhedor e digno. O atendimento deve ser personalizado e realizado em pequenos grupos, promovendo o convívio familiar e comunitário, além de utilizar os recursos disponíveis na comunidade, até que seja possível o retorno à família de origem ou encaminhamento para uma família substituta.⁵³

ACOLHIMENTO FAMILIAR

Medida de proteção (ECA, Art. 101), provisória e excepcional, utilizável como forma de transição para reintegração familiar ou, não sendo possível, para colocação em família substituta, não implicando privação de liberdade. O acolhimento familiar é preferencial ao acolhimento institucional (ECA, Art. 34, § 1º).

ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL

Medida de proteção (ECA, Art. 101), provisória e excepcional, utilizável como forma de transição para reintegração familiar ou, não sendo possível, para colocação em família substituta, não implicando privação de liberdade. O acolhimento institucional pode acontecer nas modalidades de abrigo institucional ou casa-lar.

⁵³ IBIDEM 51

ATENÇÃO BÁSICA

Nível inicial de cuidado em saúde, serve como porta de entrada para o sistema de saúde e identifica casos que necessitam de encaminhamento para outros níveis de atenção. A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.⁵⁴

ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Abordagem de cuidado que integra ações complexas no território, visando o tratamento de pessoas com sofrimento mental de forma humanizada e comunitária. A atenção psicossocial é um conjunto de serviços e programas de saúde mental que visa promover a participação social e a integração de pessoas com sofrimento psíquico e está presente em todos os níveis de atenção em saúde. A legislação que regulamenta a atenção psicossocial inclui a Lei 10.216/2001 e a Lei 14.819/2024.

CAMISA DE FORÇA QUÍMICA

Uso de medicamentos para controlar os sintomas de transtornos mentais, muitas vezes de forma excessiva e sem considerar abordagens mais integradas e humanizadas, desconsiderando o direito do paciente de cogerir seu tratamento.

⁵⁴BRASIL. Constituição (2017). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. 183. ed. Brasil, 22 set. 2017. Seção 1. Disponível em: https://abennacional.org.br/wp-content/uploads/2024/06/PNAB_portaria_2436-setembro_2017.pdf. Acesso em: 09 abr. 2025.

CASA-LAR

Serviço de Acolhimento Provisório oferece cuidados em unidades residenciais para crianças e adolescentes afastados do convívio familiar por medida protetiva (ECA, Art. 101). Com um número máximo de 10 crianças e adolescentes por unidade, o serviço, que se assemelha a uma residência, deve estar localizado em áreas residenciais da comunidade, oferecendo um ambiente acolhedor e digno. Ele visa promover relações familiares, autonomia e interação social, com supervisão técnica e uso dos recursos da comunidade.⁵⁵

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

Equipamento de saúde substitutivo às internações psiquiátricas, destina-se à intensificação do cuidado em saúde mental, oferecendo atendimento especializado (atenção especializada), promovendo a reabilitação psicossocial e integração dos pacientes na comunidade de seu território. Uma equipe diversificada trabalha em conjunto para atender às necessidades moderadas de saúde mental das pessoas, incluindo aquelas que enfrentam desafios relacionados às necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas.⁵⁶

⁵⁵IBIDEM 51.

⁵⁶GOV.BR. Centros de Atenção Psicossocial. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps/caps#:~:text=Os%20Centros%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Psicossocial,no%20processo%20de%20reabilita%C3%A7%C3%A3o%20psicossocial>. Acesso em: 09 abr. 2025.

CIDDM-2

Classificação Internacional das Deficiências, Atividades e Participação. Concebe a deficiência como uma perda ou anormalidade de uma parte do corpo (estrutura) ou função corporal (fisiológica), incluindo as funções mentais.⁵⁷

COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Serviços de atenção residencial que oferecem cuidados para adultos com necessidades decorrentes do uso de substâncias, promovendo a recuperação e reintegração social. São as instituições que prestam serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência, e que utilizam como principal instrumento terapêutico a convivência entre os pares (instituições estas reguladas pela RDC Anvisa nº 29/2011). Em regra, quando nos referimos a Comunidades Terapêuticas estamos nos referindo à Comunidade Terapêutica simples (também conhecidas como típicas, ou ainda conforme a Lei 11.343/2006 – alterada pela Lei 13.840/2019 – denominadas de Comunidades Terapêuticas Acolhedoras), isto é, aquelas instituições que não realizam terapêuticas que dependam de profissionais de saúde. Em outras palavras, não figuram serviços de saúde. Desde julho de 2024, data da publicação da Resolução n. 249 do Conanda, está proibido o acolhimento, atendimento e/ou tratamento de crianças e adolescentes em comunidades terapêuticas.⁵⁸

⁵⁷ SAÚDE, Ministério da. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizConsolidacao/comum/37518.html#:~:text=O%20CIDDM-2%20concebe%20a,%2C%20incluindo%20as%20fun%C3%A7%C3%B5es%20mentais>. Acesso em: 09 abr. 2025.

⁵⁸ ANVISA. Comunidades Terapêuticas Acolhedoras. Disponível em: [https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/saloes-tatuagens-creches/comunidades-terapeuticas-acolhedoras/conceitos-e-definicoes#:~:text=A%20Comunidade%20Terap%C3%AAutica%20\(entendida%20como,pares\)%20que%20oferece%20cuidados%20de](https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/saloes-tatuagens-creches/comunidades-terapeuticas-acolhedoras/conceitos-e-definicoes#:~:text=A%20Comunidade%20Terap%C3%AAutica%20(entendida%20como,pares)%20que%20oferece%20cuidados%20de). Acesso em: 09 abr. 2025.

DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

Condição em que o indivíduo apresenta desenvolvimento intelectual reduzido ou incompleto, com dificuldades de aprendizagem e compreensão, não dispondo de instrumentos necessários para a compreensão de todas ou de parte das coisas, com frequente dificuldade de aprendizagem.

DEFICIÊNCIA MENTAL

Expressão utilizada no passado para designar a deficiência intelectual. Desde 2004, por recomendação da OMS, evita-se essa expressão por sua carga pejorativa.

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Processo de substituição do modelo asilar por práticas de cuidado integradas à comunidade, visando a reinserção social dos pacientes e a intervenção nos aspectos sociais e coletivos do adoecimento. A desinstitucionalização é um processo que substitui o modelo tradicional de cuidados em instituições, como hospitais psiquiátricos, por serviços comunitários. O objetivo é integrar pessoas com transtornos mentais e aquelas que necessitam de assistência social na comunidade, oferecendo atendimento ambulatorial e suporte próximo ao local onde vivem, promovendo assim a reabilitação psicossocial, prejudicada no isolamento em grandes instituições.⁵⁹

⁵⁹AMORIM, Ana Karenina de Melo Arraes; DIMENSTEIN, Magda. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 14, n. 1, p. 195-204, fev. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232009000100025>. Acesso em: 09 abr. 2025

NASCIMENTO, Milene Santiago; SILVA, Martinho Braga Batista e. Desinstitucionalização em debate: uma etnografia em eventos de saúde mental. *Saúde em Debate*, [S.L.], v. 44, n. 3, p. 33-44, out. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042020e305>. Acesso em: 09 abr. 2025

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Orientações sobre Serviços Comunitários de Saúde Mental: promoção de abordagens centradas na pessoa e baseadas em direitos. Promoção de Abordagens Centradas na Pessoa e Baseadas em Direitos. 2022. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56614>. Acesso em: 09 abr. 2025

DROGAS PSICOTRÓPICAS

Condição em que o indivíduo apresenta desenvolvimento intelectual reduzido ou incompleto, com dificuldades de aprendizagem e compreensão, não dispondo de instrumentos necessários para a compreensão de todas ou de parte das coisas, com frequente dificuldade de aprendizagem.⁶⁰

DSM-5

DSM-5 é a sigla para a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). É uma publicação da Associação Americana de Psiquiatria (APA) que define e classifica transtornos mentais desde 1952. Ao longo dos anos, os critérios de classificação se modificam, bem como o roll de transtornos incluídos, evidenciando os aspectos sociais, históricos e culturais que atravessam as concepções de saúde e doença.

EDUCAÇÃO REGULAR

Ensino regular é um sistema de ensino que abrange a Educação Básica brasileira, isto é, o Ensino fundamental e Médio. Foi estabelecido a partir da Lei de Diretrizes e Bases (LDB — 9.394/96) de 1996, visando padronizar a educação nacional, organizando-a pela faixa etária dos estudantes.

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Grupo de profissionais de diferentes áreas que atuam de forma interdisciplinar no cuidado dos pacientes.

⁶⁰SAÚDE, Ministério da. Substâncias Psicoativas. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/glossario/substancias-psicoativas#:~:text=As%20chamadas%20subst%C3%A2ncias%20psicoativas%20ou,e%20em%20estados%20da%20consci%C3%Aancia>. Acesso em: 09 abr. 2025.

EQUIPE TIPO 2

Grupo de profissionais de diferentes áreas que atuam de forma interdisciplinar no cuidado dos pacientes.

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

Programa de atenção básica que visa promover a saúde e prevenir doenças por meio de equipes multiprofissionais que atuam em territórios específicos. Trata-se de um modelo de atenção voltado ao desenvolvimento de ações de saúde a partir do conhecimento da realidade local.

FAMÍLIA ACOLHEDORA

O Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora oferece atendimento em ambiente familiar para crianças e adolescentes afastados do convívio familiar por medida protetiva (ECA, Art. 101), até que possam retornar à família de origem ou serem encaminhados para adoção. Está previsto na Política Nacional de Assistência Social (2004) e no Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa de Direitos de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária (2006). Deve seguir os princípios do Estatuto da Criança e do Adolescente, como a excepcionalidade e provisoriedade do acolhimento, reintegração à família de origem, preservação de vínculos afetivos entre irmãos, e articulação com a Justiça da Infância e da Juventude e a rede de serviços. Cada família acolhedora deve acolher uma criança ou adolescente por vez, exceto em casos de grupos de irmãos, onde o número pode ser ampliado após avaliação técnica.⁶¹

⁶¹ IBIDEM 51.

FAMILISMO

O conceito foi desenvolvido por estudiosos da sociologia e antropologia, destacando a importância dos laços e da coesão familiar na cultura e sociedade. O conceito de familismo enfrenta várias críticas, principalmente relacionadas à sua implicação na responsabilização excessiva das famílias pelos problemas sociais, em detrimento do papel do Estado. Ao atribuir maior responsabilidade às famílias na provisão de bem-estar, o Estado pode negligenciar seu papel fundamental na proteção social, deixando as famílias sobrecarregadas e sem suporte adequado. Além disso, o familismo pode reforçar desigualdades de gênero, uma vez que, muitas vezes, recai sobre as mulheres a maior parte do trabalho de cuidado não remunerado dentro da família. Famílias que não conseguem prover o bem-estar necessário para seus membros podem enfrentar exclusão social, agravando problemas como pobreza e marginalização.⁶²

HIGIENISMO

Intervenções que visam promover a ordem e a saúde pública, muitas vezes recorrendo ao afastamento de indivíduos considerados incapazes de exercer papéis sociais conforme um ideal de desempenho excludente. O movimento higienista no Brasil, esteve associado a políticas autoritárias, individualizadas e moralistas para com os indivíduos, em uma tentativa de controle social que buscava "limpar" a sociedade do que era considerado anormal segundo os padrões nela estabelecidos, afastando, segregando e institucionalizando aqueles que desviavam do padrão ideal.

⁶² SANTA CATARINA. Ministério Público. Centro de Apoio Operacional da Infância, Juventude e Educação. Guia para Análise de Contexto e Planejamento de Ações em Rede. Florianópolis, 2024. Disponível em: <https://documentos.mpsc.mp.br/portal/manager/resourcesDB.aspx?path=6899>. Acesso em: 09 abr. 2025.

HOSPÍCIO

Expressão utilizada no passado para designar instituição asilar (fechada) destinada ao tratamento e acolhimento de pessoas com transtornos mentais. Tal modalidade foi extinta pela lei 10.216 de 2001, configurando, hoje, expressão pejorativa e equivocada se utilizada para designar os espaços atuais de cuidado de pessoas em sofrimento mental.

HOSPITAL-DIA

Modalidade de atendimento hospitalar que oferece cuidados intensivos durante o dia, permitindo que os pacientes retornem para casa à noite. O regime de Hospital-Dia é a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 horas.⁶³

INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA

Processo de admissão de pacientes com transtornos mentais em leitos psiquiátricos ou de saúde mental. Existe nas modalidades como voluntária, involuntária e compulsória. Apenas diante da necessidade de uma resposta clínica, pontual e hospitalar, recorre-se à internação em saúde mental, valendo a diretriz maior da Lei n.º 10.216/2001 de que a internação psiquiátrica, em qualquer modalidade, só é indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (art. 4º).

⁶³SAÚDE, Ministério da. Hospital-Dia. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/atencao-especializada-e-hospitalar/hospital-dia>. Acesso em: 09 abr. 2025.

INTERNAÇÃO VOLUNTÁRIA

Ocorre com o consentimento do paciente, que decide internar-se por vontade própria e deve ser autorizada por médico devidamente registrado no CRM do estado do estabelecimento da internação. O paciente pode solicitar alta a qualquer momento e, também, ter sua alta determinada por médico.⁶⁴

INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA

Aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro, devido a risco iminente para si ou para outras pessoas, devendo também ser autorizada por médico devidamente registrado no CRM do estado do estabelecimento da internação. A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.⁶⁵

INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA

Determinada pela Justiça, baseada em laudo médico circunstanciado. A indicação de local apropriado para a internação compulsória será de responsabilidade da rede local de saúde.⁶⁶

⁶⁴ BRASIL, Grupo Resgate. Descubra os Diferentes Tipos de Internação Psiquiátrica. Disponível em: <https://gruporesgatebrasil.com.br/tipos-de-internacao-psiQUIATRICA/>. Acesso em: 09 abr. 2025.

⁶⁵IBDEM 64

⁶⁶FEDERAL, Senado. Internação involuntária/compulsória. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/manualdecomunicacao/estilos/internacao-involuntaria-compulsoria>. Acesso em: 09 abr. 2025.

MODELO HOSPITALOCÊNTRICO

Sistema de saúde que centraliza o tratamento em hospitais e internações, muitas vezes em detrimento de abordagens comunitárias e ambulatoriais, negligenciando assim importantes aspectos do tratamento que, por isso, tendo a se cronificar.

NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

Equipes multiprofissionais que apoiam a Estratégia Saúde da Família, oferecendo serviços especializados, integrando diferentes áreas (saúde, arte, educação). Espera-se que as inserções desses profissionais ampliem o olhar e as ações do cuidado, trazendo como consequência a diminuição do número de encaminhamentos a outros serviços e maior satisfação aos usuários.

PLANO DE AÇÃO REGIONAL EM SAÚDE MENTAL (PAR)

Documento que estabelece diretrizes e ações para a organização da rede de saúde mental em uma região específica. É um instrumento estratégico que formaliza a proposta detalhada de um território (região ou macrorregião de saúde) para a implementação do Programa Nacional de Atenuação de Riscos e Promoção da Saúde Mental (PMAE), identificando necessidades e planejando ações para a área.

PLANO INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO (PIA)

É um instrumento que define as atividades e metas a serem desenvolvidas em cada Serviço Socioassistencial, contribuindo significativamente para as estratégias de participação dos usuários e suas famílias, além de promover a articulação em rede. No âmbito dos serviços de acolhimento, este instrumento técnico orienta ações para reintegração familiar, colocação em família substituta, proteção integral e autonomia. O PIA deve ser construído de forma dialogada com a criança e o adolescente e suas famílias, sendo personalizado e apropriado a cada indivíduo, respeitando sua singularidade. O PIA deve conter informações gerais sobre o usuário e sua família, necessidades identificadas, metas, prazos, responsabilidades e ações.⁶⁷

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS)

Plano de cuidado individualizado, desenvolvido em conjunto com os usuários e familiares, que acompanha a história, projetos de vida e cultura do paciente. É uma ferramenta de organização do cuidado voltada para um indivíduo, família ou coletividade que considera a singularidade e a avaliação de cada caso, ultrapassando o espaço do serviço ou equipamento de saúde, implicando as redes de suporte social, bem como os saberes e os recursos do território.⁶⁸

⁶⁷BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Orientações Técnicas para Elaboração do PIA. Brasília, 2015. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/assistencia_social/OrientacoestecnicasparaelaboracaodoPIA.pdf. Acesso em: 09 abr. 2025.

⁶⁸MINISTÉRIO DA SAÚDE. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Disponível em: https://app4.unasus.gov.br/popplayer4_idoso/uploads/recursos/SE_UNASUS_0002_IDOSO_CADERNETA/15/assets/lib/docs/folheto_PTS.pdf. Acesso em: 04 mai. 2025.

PROTEÇÃO SOCIAL

A proteção social é uma função da Política de Assistência Social que visa garantir serviços e benefícios a pessoas e famílias em situação de vulnerabilidade. O SUAS organiza a assistência social em dois níveis de complexidade: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial.⁶⁹

PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA (PSB)

Atua de forma preventiva, oferecendo serviços e programas para famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidade, visando fortalecer os vínculos familiares e comunitários e prevenir situações de risco.⁷⁰

PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL (PSE)

Os serviços de Proteção Social Especial (PSE) têm estreita interface com o sistema de garantia de direitos e focam em famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, como abandono, maus-tratos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua e trabalho infantil. A PSE prevê dois níveis de complexidade: média complexidade, com atendimento a famílias e indivíduos cujos vínculos familiares e comunitários não foram rompidos; e alta complexidade, que garante proteção integral para aqueles sem referência ou em situação de ameaça, necessitando ser retirados do convívio familiar e/ou comunitário.⁷¹

⁶⁹ IBIDEM 33

⁷⁰ IBIDEM 69

⁷¹ IBIDEM 69

PSICANÁLISE

Método terapêutico e teoria psicológica desenvolvida por Sigmund Freud, focada na exploração do inconsciente. Investiga e intervém nos processos mentais inconscientes. A psicanálise utiliza técnicas como a associação livre, a interpretação dos sonhos e a análise da transferência, buscando explorar os conflitos internos e os mecanismos de defesa que influenciam o comportamento e as emoções.⁷²

PSIQUIATRIA

Ramo e especialidade da medicina que se dedica ao estudo, diagnóstico, tratamento e prevenção dos transtornos mentais.⁷³

REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Processo de recuperação e reintegração social de pessoas com transtornos mentais, promovendo sua autonomia e qualidade de vida.

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

É um conjunto de diferentes serviços disponíveis nas cidades e comunidades que, articulados, formam uma rede, devendo ser capaz de cuidar, em diferentes níveis de atenção, das pessoas com transtornos mentais e com problemas em decorrência do uso de substâncias, bem como a seus familiares, nas suas diferentes necessidades.⁷⁴

⁷² LEITE, Ruth M. Cerqueira. Glossário com Termos Psicanalíticos. 1979. Disponível em: <https://freud2009.wordpress.com/glossario-com-termos-psicanalíticos/>. Acesso em: 09 abr. 2025.

⁷³ WIKIPÉDIA. Psiquiatria. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Psiquiatria>. Acesso em: 09 abr. 2025.

⁷⁴ SAÚDE, Ministério da. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/tabagismo/rede-atencao-psicossocial/>. Acesso em: 09 abr. 2025.

REFORMA PSIQUIÁTRICA

Movimento que busca substituir o modelo asilar de tratamento de transtornos mentais por práticas humanizadas e integradas à comunidade. Conjunto de transformações de práticas, saberes, e valores culturais e sociais envolvendo os conceitos de saúde, tratamento e doença, iniciadas no Brasil na década de 1980.

REINTEGRAÇÃO FAMILIAR

A reintegração familiar é um processo que visa restaurar os laços entre crianças e adolescentes e suas famílias após um período de acolhimento institucional. Este processo é fundamental para garantir que os direitos das crianças sejam respeitados e que elas possam retornar a um ambiente familiar seguro e saudável.⁷⁵

RESIDÊNCIA INCLUSIVA

É um dispositivo de acolhimento institucional destinada a pessoas acima de 18 anos com diferentes tipos de deficiência, que estão em situação de dependência e não possuem condições de autossustentabilidade ou retaguarda familiar. Este serviço faz parte da Proteção Social Especial de Alta Complexidade do SUAS.⁷⁶

⁷⁵ IBIDEM 43

⁷⁶ IBIDEM 69

SAMU

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, responsável por prestar socorro em emergências. É caracterizado pela busca precoce da vítima após a ocorrência de um incidente que afete sua saúde, seja de natureza clínica, cirúrgica, traumática ou psiquiátrica. Esse tipo de atendimento evita o agravamento da condição da vítima, minimizando o sofrimento, prevenindo sequelas ou mesmo evitando o óbito, por meio de atendimento e/ou transporte adequado.⁷⁷

SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS

Moradias inseridas na comunidade destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos) de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros. São pontos de atenção na RAPS nas estratégias de desinstitucionalização.

SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (SUAS)

É um sistema público que organiza os serviços de assistência social no Brasil. Com um modelo de gestão participativa, ele coordena os esforços e recursos dos três níveis de governo, que são municípios, estados e União, para implementar e financiar a Política Nacional de Assistência Social (PNAS). Esse sistema envolve diretamente estruturas e marcos regulatórios nacionais, estaduais, municipais e do Distrito Federal. O SUAS organiza as ações da assistência social em dois tipos de proteção social. A primeira é a Proteção Social Básica, destinada à prevenção de riscos sociais e pessoais, por meio da oferta de programas, projetos, serviços e benefícios a indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade social. A segunda é a Proteção Social Especial, destinada a famílias e indivíduos que

⁷⁷ SAÚDE, Ministério da. SAMU 192. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/samu-192>. Acesso em: 09 abr. 2025.

já se encontram em situação de risco e que tiveram seus direitos violados por ocorrência de abandono, maus-tratos, abuso sexual, uso de drogas, entre outros.⁷⁸

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Sistema público de saúde do Brasil, criado para garantir o acesso universal, integral e gratuito aos serviços de saúde para toda a população. O SUS visa promover a saúde, prevenir doenças e oferecer tratamentos médicos, por meio de uma rede descentralizada de serviços que abrange desde a atenção básica até a alta complexidade.⁷⁹

TRANSTORNOS MENTAIS

Também chamados doenças mentais, são definidos pelo DSM-5 como um conjunto de sintomas com perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Considerando que há critérios mínimos para estabelecer um diagnóstico, devem ser abordados com muita atenção e cuidado, especialmente antes dos 18 anos, em função da plasticidade cerebral e dos fatores de desenvolvimento em curso.

⁷⁸ IBIDEM 69.

⁷⁹ SAÚDE, Ministério da. Sistema Único de Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/sus>. Acesso em: 09 abr. 2025.

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS)

São centros de atendimento primário à saúde, onde equipes de Saúde da Família realizam uma gama de ações de saúde. Elas representam a principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), atendendo a necessidades de saúde individual e coletiva.⁸⁰

UNIDADE DE ACOLHIMENTO (UA)

Visa oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos a pessoas com necessidades decorrentes do uso abusivo de substâncias de ambos os sexos que se encontram em situação de vulnerabilidade social e familiar (laços inexistentes ou fragilizados) e que demandem acompanhamento terapêutico protetivo de caráter transitório, com tempo e permanência de até seis meses.

UPA 24 HORAS

Unidade de Pronto Atendimento que oferece serviços de urgência e emergência em saúde. É um dos componentes da Política Nacional de Atenção às Urgências do Ministério da Saúde, e integra a rede de serviços pré-hospitalares fixos para o atendimento às urgências.⁸¹

⁸⁰SAÚDE, Ministério da. Unidades Básicas de Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/secom/pt-br/aceso-a-informacao/comunicabr/lista-de-aco-es-e-programas/unidades-basicas-de-saude-do-governo-federal>. Acesso em: 09 abr. 2025.

⁸¹ Unidade de Pronto Atendimento que oferece serviços de urgência e emergência em saúde. É um dos componentes da Política Nacional de Atenção às Urgências do Ministério da Saúde, e integra a rede de serviços pré-hospitalares fixos para o atendimento às urgências.⁸¹

VISITA DOMICILIAR

A visita domiciliar é um recurso essencial para compreender o contexto e a dinâmica familiar, além de identificar demandas, necessidades, vulnerabilidades e riscos. Fundamentada no princípio do respeito à privacidade, essa prática permite à equipe técnica uma aproximação com a família e a construção de um vínculo de confiança, indispensável para o desenvolvimento do trabalho. Trata-se de uma oferta prevista tanto na política de saúde, como na política de assistência social.⁸²

VULNERABILIDADE SOCIAL

É um conceito complexo e multifacetado que descreve a condição de indivíduos ou grupos que enfrentam adversidades em seu cotidiano, como pobreza, privação de recursos, e fragilização de vínculos sociais. Essa situação pode ser agravada por fatores como discriminação por idade, etnia, gênero ou deficiência.⁸³

⁸² IBIDEM 75

⁸³ CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. Cad. Saúde Pública, v. 34, n. 3, e00101417, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ywYD8gCqRGg6RrNmsYn8WHv/>. Acesso em: 09 abr. 2025.



MITOS E VERDADES

MITO	VERDADE
Adolescentes com transtornos mentais que perturbam a ordem do serviço de acolhimento (institucional ou familiar) devem ser encaminhados para um lugar específico e especializado.	A ideia de encaminhar automaticamente adolescentes com transtornos mentais para locais específicos e especializados pode reforçar a segregação e estigmatização. É fundamental que os serviços de acolhimento sigam as diretrizes das Orientações Técnicas para Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes e da Resolução n.º 109/2009 do CNAS, garantindo que o acolhimento seja realizado de forma inclusiva e integrada, em ambientes que promovam a convivência familiar e comunitária, respeitando a individualidade e as necessidades de cada adolescente, sem necessariamente isolá-lo em instituições.
Adolescentes com transtornos mentais severo devem ser internados para retornar ao acolhimento (institucional ou familiar) apenas quando estiverem sem sintomas.	A internação de adolescentes com transtornos mentais severo deve ser medida excepcional, temporária e indicada por laudo médico circunstanciado. É direito do adolescente a oferta de suporte contínuo e integrado, tanto no serviço de acolhimento quanto na comunidade e serviços de saúde do território, mesmo quando o adolescente apresenta sintomas mais severos. Isso porque a reabilitação psicossocial deve ter foco no desenvolvimento da autonomia dos sujeitos para a vida em sociedade.
Adolescentes com transtornos mentais severo devem suspender o ensino regular para retomar apenas quando estiver sem sintomas.	Assim como a educação e o espaço escolar, o suporte contínuo, especializado e integrado, tanto na escola quanto na comunidade, são direitos da criança e do adolescente. A Política Nacional de Atenção Psicossocial nas Comunidades Escolares (Lei n.14.819/2024) e a Lei n. 10.216/2001 enfatizam a importância de promover a saúde mental e prevenir a institucionalização prolongada. Isso ajuda a evitar a segregação e a estigmatização, promovendo a reintegração social e a reabilitação psicossocial.

MITO	VERDADE
Adolescentes com transtornos mentais severo devem acompanhar as aulas remotamente, e retornar ao espaço escolar apenas quando estiver sem sintomas.	O ensino remoto foi uma medida excepcional que ocorreu para alguns estudantes (ver Decreto Estadual n. 1408/2021 e pela Portaria Conjunta SES/SED/DCSC/ 1967 de 11/08/2021) durante a pandemia de Covid-19. Hoje, não existe essa modalidade de ensino. O estudante só pode permanecer afastado do espaço escolar enquanto estiver em atendimento pedagógico domiciliar. Porém, o atendimento pedagógico domiciliar está previsto para casos específicos de comprovado impedimento locomotor, não sendo utilizado como subterfúgio para afastar o estudante do espaço escolar. A Instrução Normativa n. 10/2011/2012/SED regulamenta a oferta do Atendimento Pedagógico Domiciliar e só se justifica nas hipóteses expressas na normativa e comprovadas mediante laudo médico. O retorno ao espaço escolar pode ser benéfico para a saúde mental e física dos estudantes, proporcionando um ambiente estruturado e socialização, essenciais para o bem-estar físico e mental.
Quando o adolescente sofrer por uso abusivo de álcool e drogas, é indicado que ele seja acolhido em uma comunidade terapêutica.	A Resolução Conanda nº 249/2024 proíbe o acolhimento de crianças e adolescentes em comunidades terapêuticas. Esta resolução está conforme a Lei do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas, que determina que as atividades de prevenção do uso abusivo de álcool e outras drogas dirigidas a este público devem estar em consonância com as diretrizes do Conanda.
O acolhimento familiar não é favorável, pois cria vínculos afetivos entre os acolhidos e a família.	O vínculo afetivo é fundamental para o desenvolvimento saudável. O apego seguro com a família acolhedora é benéfico e ajuda na transição quando o acolhido (criança ou adolescente) retorna à sua família de origem ou é adotado.

MITO	VERDADE
Quando o adolescente sofrer por uso abusivo de álcool e drogas, é indicado que ele seja acolhido em uma residência inclusiva.	As residências inclusivas não são serviços de saúde, mas dispositivos de acolhimento institucional destinada a pessoas acima de 18 anos com diferentes tipos de deficiência, que estão em situação de dependência e não possuem condições de autossustentabilidade ou retaguarda familiar. É no fluxo da RAPS que deve ocorrer o cuidado em saúde desses adolescentes, em liberdade e com foco no fortalecimento dos laços comunitários.
Acolhimento familiar é igual ao acolhimento institucional.	A diferença entre acolhimento familiar e acolhimento institucional é significativa: O acolhimento familiar proporciona um ambiente mais familiar e acolhedor, onde a criança ou o(a) adolescente vive temporariamente com uma família voluntária, criando um ambiente semelhante ao de uma vida familiar. Já o acolhimento institucional ocorre em instituições como abrigos ou casas-lares, onde várias crianças vivem juntas sob a supervisão de profissionais, em um ambiente mais estruturado e formal.
Fatores sociais não influenciam a saúde mental dos usuários.	Fatores sociais como desemprego, fome, violência, racismo e falta de acesso a direitos deterioram a saúde dos usuários.
Os CAPS são desconectados dos demais níveis de atenção, e por isso operam isoladamente.	Os CAPS são dispositivos chave no campo da saúde mental, conectados não só aos demais níveis de atenção, mas responsáveis pela articulação de toda a rede intersetorial (assistência, educação, esportes, lazer e cultura, etc.).
A reabilitação psicossocial não envolve trabalho intersetorial.	A reabilitação psicossocial deve ser pensada de modo planejado e processual, por meio do trabalho intersetorial articulado.

MITO	VERDADE
Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) são permanentes.	Os SRTs são casas localizadas no espaço urbano, destinadas a acolher temporariamente e orientar pacientes adultos há muito tempo institucionalizados, visando devolver ao usuário sua autonomia e capacidade de vida comunitária.
A internação psiquiátrica é a primeira opção de tratamento em saúde mental.	A internação psiquiátrica só é indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostram insuficientes, sendo uma resposta clínica pontual e excepcional.
A falta de recursos (financeiros, humanos, estruturais) é a única razão para o fracasso dos cuidados ambulatoriais.	O fracasso dos cuidados ambulatoriais também decorre de processos de trabalho adversos e equivocados, bem como da ausência de fundamentação técnica planejada.
A saúde mental de crianças e adolescentes pode ser tratada isolada e individualmente.	A saúde mental de crianças e adolescentes deve considerar aspectos que ultrapassam o conjunto de equipamentos de saúde, como escola, assistência social, urbanismo e cultura.
Crianças e adolescentes com deficiência ou transtornos mentais têm serviços residenciais específicos.	Não há serviços residenciais previstos para crianças e adolescentes com deficiência ou transtornos mentais, sendo necessário garantir acesso à educação regular e atendimento contínuo. As demandas de guarda e moradia devem ser tratadas independentemente das demandas de saúde que porventura a criança ou adolescente apresentar.

MITO	VERDADE
A saúde mental de crianças e adolescentes pode ser tratada isolada e individualmente	A saúde mental de crianças e adolescentes deve considerar aspectos que ultrapassam o conjunto de equipamentos de saúde, como escola, assistência social, urbanismo e cultura.
Transtornos mentais não afetam atividades sociais e profissionais.	Transtornos mentais podem causar sofrimento significativo e afetar atividades sociais, profissionais e outras atividades importantes.
Os cuidados para deficiência intelectual e transtornos mentais são os mesmos.	A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) ainda que integrada ao SUS, é diferente da RAPS, voltada aos transtornos mentais, apesar de integradas. Nada impede, no entanto, que o usuário seja atendido por ambas, caso apresente demanda nas duas áreas.
Serviços Residenciais Terapêuticos e Residências Inclusivas são equivalentes.	Serviços Residenciais Terapêuticos são voltados para adultos com transtornos mentais que estiveram por muito tempo institucionalizados, enquanto Residências Inclusivas são voltadas para adultos com deficiência.
Crianças e adolescentes com transtornos mentais não necessitam de educação formal.	Crianças e adolescentes, incluindo aqueles com transtornos mentais, têm direito à educação formal. A inclusão escolar é essencial para o desenvolvimento integral de crianças e adolescentes, proporcionando oportunidades de aprendizado, socialização e desenvolvimento.

MITO	VERDADE
O acolhimento institucional é preferencial ao acolhimento familiar.	O acolhimento familiar tem preferência sobre o acolhimento institucional, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente.
O acolhimento institucional não precisa considerar a proximidade geográfica da residência dos pais ou responsáveis.	O ECA ordena que o acolhimento institucional deve ocorrer no local mais próximo à residência dos pais ou responsáveis para preservar os vínculos familiares.
O acolhimento institucional é uma medida permanente.	O acolhimento institucional é uma medida provisória e excepcional, utilizada como forma de transição para reintegração familiar ou colocação em família substituta.
Residência Inclusiva é adequada para crianças e adolescentes usuárias de álcool e outras drogas.	Residência Inclusiva é destinada a jovens e adultos com deficiência, não sendo adequada para crianças e adolescentes.
Internação psiquiátrica não requer planejamento para retorno à instituição de acolhimento.	Mesmo ocorrendo a internação psiquiátrica e alta autorizada por médico, os serviços devem permanecer em constante contato e articulação, planejando tecnicamente o retorno da criança ou do adolescente à instituição de acolhimento.
Serviços de acolhimento não precisam estar referenciados no território de uma UBS.	O serviço de acolhimento deve estar referenciado no território de uma UBS, que presta o atendimento primário às demandas de saúde dos acolhidos e realiza encaminhamentos e articulações com outros equipamentos de saúde, como o NASF e o CAPS.



NORMAS E LEIS

1. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência:

Documento ratificado pelo Brasil que contém recomendações específicas para acolhimento de pessoas com deficiência.⁸⁴

2. Declaração de Caracas: Documento que estabelece diretrizes para a reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina, promovendo modelos centrados na comunidade.⁸⁵

3. Decreto Legislativo n. 186, de 9 de julho de 2008: Ratifica a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.

4. Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009: Apresenta o conceito de pessoa com deficiência conforme a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.

5. Decreto n. 7.612/2011: Institui o Plano Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver Sem Limite. Tem como finalidade promover, por meio da integração e da articulação de políticas, programas e ações, o exercício pleno e equitativo dos direitos das pessoas com deficiência.

6. Deliberação CIB 276: Decisão que aprova o Plano de Ação Regional em Saúde Mental de Santa Catarina para o período de 2022-2025.

7. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) - Lei n.º

8.069/1990, de 13 de julho de 1990: Legislação brasileira que garante os direitos das crianças e adolescentes, incluindo proteção à vida e à saúde, a proteção e a promoção da convivência familiar e comunitária.

⁸⁴ JUSTIÇA, Ministério da. Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência. Disponível em: <https://www.mds.gov.br/webarquivos/Oficina%20PCF/JUSTI%C3%87A%20E%20CIDADANIA/convencao-e-lbi-pdf.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2025.

⁸⁵ SAÚDE, Organização Mundial de. Declaração de Caracas. 1990. Disponível em: <https://laps.ensp.fiocruz.br/arquivos/documentos/12#:~:text=Que%20os%20recursos%2C%20cuidado%20e,paciente%20em%20seu%20meio%20comunit%C3%A9rio>. Acesso em: 09 abr. 2025.

8. Lei da Reforma Psiquiátrica - Lei n. 10.216/2001, de 6 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.

9. Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) - Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993: Lei que institui o SUAS e assegura a primazia da atuação do Estado na provisão de assistência social.

10. Marco Legal da Primeira Infância - Lei n. 13.257/2016 : Altera o artigo 34 do Estatuto da Criança e Adolescente, priorizando o acolhimento familiar.

11. Norma Operacional Básica do SUAS (NOB SUAS) - Resolução n. 33, de 12 de dezembro de 2012: Diretrizes que regulamentam a operacionalização do SUAS.

12. Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) - Portaria n. 95, de 26 de janeiro de 2001: Diretrizes que definem a organização e funcionamento dos serviços de saúde no Brasil.

13. Orientações Técnicas para os Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes: Parâmetros e orientações para o funcionamento dos serviços de acolhimento, visando a garantia da proteção e dos direitos das crianças e adolescentes.

14. Plano Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver Sem Limite: Plano lançado por meio do Decreto n. 7.612/2011, que prevê a implantação de Residências Inclusivas.

15. Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e

16. Comunitária (PNCFC): Instrumento que orienta estratégias e diretrizes para prevenir o rompimento dos vínculos familiares e promover a reintegração familiar.

17. Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004): Política que orienta a organização e a operacionalização da assistência social no Brasil.

18. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB): Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017: Estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

19. Política Nacional de Atenção Psicossocial nas Comunidades Escolares - Lei n. 14.819/2024, de 16 de janeiro de 2024: O objetivo da lei é promover a saúde mental de estudantes e profissionais da educação, por meio de ações de prevenção, promoção, atenção e cuidado psicossocial.

20. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de Setembro de 2017 Consolida normas sobre a Rede de Atenção Psicossocial.

21. Portaria n. 44, de 10 de janeiro de 2001: Legislação que trata do Hospital-Dia.

22. 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.

23. Recomendação n. 82 do CNMP, de 10 de agosto de 2021 : Orientação para concentrar esforços na promoção da convivência familiar e comunitária das crianças e adolescentes, ampliando o acolhimento familiar e reduzindo o acolhimento institucional.

24. Resolução CNAS n. 109/2009, de 11 de novembro de 2009

Norma que tipifica os serviços socioassistenciais, incluindo o serviço de acolhimento familiar.

25. Resolução Conjunta n. 1/2009 CONANDA/CNAS, de 18 de junho de 2009:

Estabelece orientações técnicas para os serviços de acolhimento para crianças e adolescentes.

26. Resolução n. 249 do Conanda, de 10 de julho de 2024 :

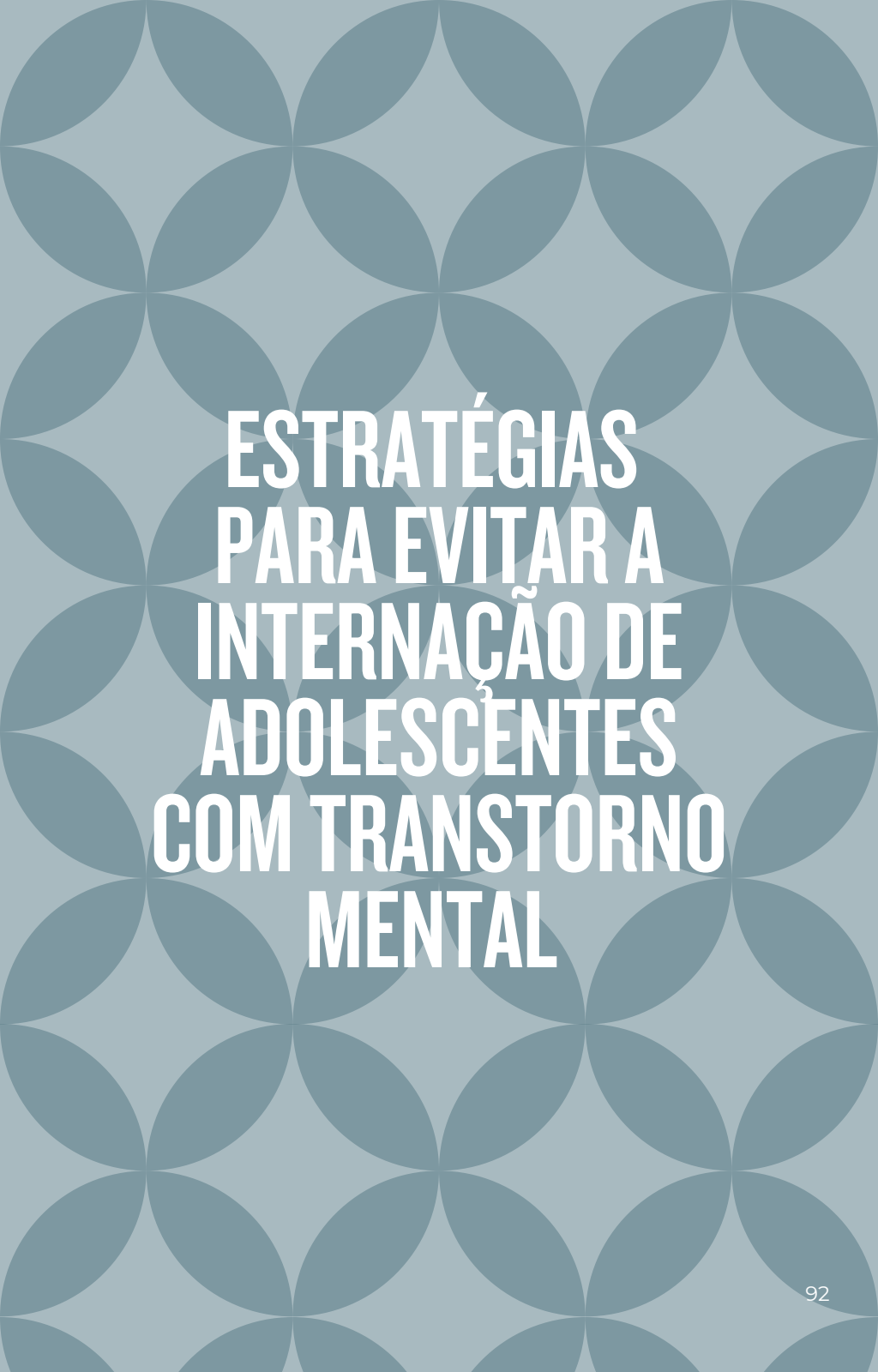
Dispõe sobre a proibição da internação de crianças e adolescentes em comunidades terapêuticas.

27. Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012:

instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no Sistema Único de Saúde (SUS).

28. Declaração de Montreal sobre Deficiência Intelectual:

foi aprovada em 2004 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas).



ESTRATÉGIAS PARA EVITAR A INTERNAÇÃO DE ADOLESCENTES COM TRANSTORNO MENTAL

O acolhimento (familiar ou institucional) é uma medida protetiva, provisória e excepcional prevista no artigo 101 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Destina-se a crianças e adolescentes (de 0 a 18 anos incompletos) quando necessário o afastamento da família de origem, independentemente do quadro de saúde física/mental e/ou deficiência física/cognitiva.

A internação de adolescentes com transtornos mentais deve ser **evitada sempre que possível**, priorizando alternativas extra-hospitalares que promovam a inclusão e o cuidado adequado no território.

É **expressamente proibido** pela Resolução do Conanda n. 249/2024 o acolhimento, atendimento, tratamento e acompanhamento de crianças e adolescentes em **comunidades terapêuticas** ou em instituições que prestam serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência, e que utilizam como principal instrumento terapêutico a convivência entre os pares.

A atenção integral de crianças e adolescentes com necessidades de saúde mental deverá ser ofertada pelos serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde (SUS), por espaços protetivos do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e da rede intersetorial, realizada no território e de caráter antimanicomial, garantindo a manutenção dos vínculos familiares e comunitários, a partir da execução de políticas públicas de proteção social e promoção de direitos humanos (Conanda n. 249/2024).

Em caso de necessidades de atendimento de urgência e/ou emergência e acolhimento transitório de crianças e adolescentes, o acolhimento deve ocorrer preferencialmente no CAPS i, CAPS Ad, leitos em hospitais gerais e em Unidade de Acolhimento Infanto-juvenil de Saúde (UAIS) de caráter transitório, garantindo a não institucionalização, o direito à convivência familiar e comunitária e a inserção social das crianças e adolescentes. (Conanda n. 249/2024). Em Santa Catarina, não existem Unidades de Acolhimento Infanto-juvenil (UAI).⁸⁶ Sua implementação pode ser fomentada em municípios que disponham de **CAPS**, responsável pelo cuidado e acompanhamento nesses serviços de acolhimento transitório em saúde de pessoas com demandas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas.

Nas situações em que o atendimento de urgência e/ou emergência se fizer necessário, somente será realizado mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos, conforme determina a Lei n.º 10.216/2001.

Neste contexto, o **promotor(a) de justiça** desempenha um papel crucial. Ele deve assegurar que todos os recursos extra-hospitalares possíveis estejam disponíveis à população nesta faixa etária. Isso inclui medidas de caráter estruturante, como, por exemplo, assegurar que os serviços de saúde mental (SUS) e de assistência social (SUAS) estejam implementados e funcionando segundo as diretrizes vigentes, tal como o citado, sobretudo com equipes completas e capacitadas.

⁸⁶ Para Municípios ou região com população igual ou superior a 100.000 (cem mil) habitantes.

Além disso, o promotor(a) de justiça pode/deve cobrar da municipalidade a estruturação dos processos de trabalhos por meio da elaboração de protocolos e fluxos de encaminhamentos atualizados e reconhecidos por todos os trabalhadores envolvidos.

Nas situações pontuais, é necessária a criação de espaços para **discussões intersetoriais** objetivando alinhar, (re)elaborar, aplicar, monitorar e avaliar as ações planejadas no âmbito da rede de proteção e cuidado. Essas reuniões devem assegurar o protagonismo dos adolescentes envolvidos, em todo o processo, desde a construção até a avaliação, considerando e priorizando seus interesses e potenciais de saúde.

Sinteticamente, antes de compreender como esgotadas as ofertas e serviços da rede de proteção, é preciso avaliar se alguns **aspectos elementares** foram cumpridos no caso concreto, lógica da **corresponsabilidade e do cuidado compartilhado**:

- Houve construção conjunta (profissionais e usuários) do PIA⁸⁷ e do PTS?
- Houve revisão/adequação conjunta e participativa desses instrumentos por ocasião das dificuldades encontradas?

⁸⁷ Observação importante sobre o PIA: trata-se de um instrumento orgânico que deve acompanhar o movimento vital do sujeito. Não se deve esperar, portanto, que o sujeito se adapte ao PIA mas, ao contrário, que o PIA se adapte ao sujeito. Da mesma forma, e pelas mesmas razões, não se deve esperar que seja estático e livre de correções e mudanças. Certamente, haverá avanços e retrocessos e a equipe deve estar atenta ao movimento e aceitá-lo, para que consiga seguir com o propósito de garantir o direito da adolescente aos direitos consagrados no ECA e na Constituição Federal, sobretudo o direito à convivência familiar e comunitária e o direito à saúde mental.

- Nesse sentido, é preciso avaliar se foi estruturada uma **rotina de reuniões intersetoriais** (por exemplo, com a saúde, a assistência social, a educação, a cultura, o lazer, o esporte, o trabalho, o TJSC, o MPSC, CT), a fim de (re)elaborar, aplicar, monitorar e avaliar o **PIA**, assegurando a participação do adolescente em todo o processo (desde a construção até a avaliação), considerando e priorizando os interesses e os potenciais de saúde do adolescente e contemplando, dentre outros, os seguintes itens:

- a)** Objetivos de curto, médio e longo prazo;

- b)** Pessoas envolvidos, prazos e responsáveis (se possível eleger profissionais/serviços de maior confiança como referência central para o diálogo com a adolescente na execução do PIA);

- c)** Figuras de vínculo, confiança e afeto do adolescente (incluindo pessoas fora dos serviços que possam oferecer suporte em sua trajetória, como amigos, vizinhos, colegas, professores, etc.);

- d)** Caso o adolescente venha a cumprir ou esteja cumprindo **MSE**, os **PIAS** e equipes (MSE e acolhimento) devem estar em estreita relação;

- Quando envolver serviços de acolhimento e demandas de saúde mental, as equipes dos serviços de acolhimento receberam suporte e orientação das equipes de saúde sobre **condutas** a adotar diante das manifestações e comportamentos que estão desafiando as demais equipes?

- Quando a saúde alegar que está com dificuldades técnicas de abordagem, foi solicitada a supervisão e o **auxílio técnico** das coordenações de saúde mental (regional e/ou estadual)?
- Quando da **repetição** de demandas relativas ao uso de **álcool e outras drogas**, tornando-se um problema do território, verificar se as respostas incluíram intervenções nos espaços de **convivência e mobilidade** (praças, ruas, praias, centros de convivência) e ofertas de atividades culturais e de esporte voltadas a crianças e adolescentes. Do mesmo modo, avaliar oferta de cursos e programas de profissionalização, estágio e aprendizagem.

Por fim, sugerem-se alguns documentos e estratégias que podem auxiliar as equipes dos serviços a planejarem alternativas antimanicomial e garantir **abordagens integradas, comunitárias e humanizadas** no cuidado em saúde mental, assegurando a proteção integral e os direitos das crianças e adolescentes, conforme previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA):

- Guia para análise de contexto e planejamento de ações em rede;
- Orientações técnicas para os serviços de acolhimento;
- Orientação conjunta sobre famílias acolhedoras;
- Formação de profissionais em serviços de acolhimento - Instituto fazendo história;

- Proteção Integral de Crianças e Adolescentes: o direito à convivência familiar e comunitária dentro e fora dos serviços de acolhimento;
- Documentário “Nega 1”;
- Tipificação dos serviços socioassistenciais;
- Redes significativas (construir/mapear as figuras de vínculo e confiança para a adolescente);
- Corresponsabilidade do CAPS (seja para acolher/assumir o caso, seja para orientar as equipes) - PORTARIA Nº 336, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002 - Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território;
- Supervisão/ orientação da equipe do Programa Psicossocial para Crianças e Adolescentes – PPCA permanente para os profissionais do acolhimento e da educação, com base nos atendimentos/acompanhamento da adolescente - PORTARIA Nº 1.174, DE 07 DE JULHO DE 2005;
- Se necessário, suporte/supervisão de outras equipes da saúde de outro município (avaliar junto ao gestor municipal e/ou estadual) para a equipe do PPCA;
- Para dúvidas relacionadas às situações de acolhimento de crianças e adolescentes: solicitação de assessoramento técnico da Gerência de
- Proteção Social Especial de Alta Complexidade: GPSEA da Secretaria de Estado da Assistência Social, Mulher e Família (SAS).





CIJE

Centro de Apoio Operacional da
Infância, Juventude e Educação

CSP

Centro de Apoio Operacional
da Saúde Pública