



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

CAMPUS REGIONAL DO VALE DO ÍVAI

Claudete Aparecida Pitta Bolim

**SERVIÇO SOCIAL E A SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE
IVAIPORÃ - PARANÁ**

**Ivaiporã
2015**

Claudete Aparecida Pitta Bolim

**O SERVIÇO SOCIAL E A SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO
DE IVAIPORÃ - PARANÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª. Ms. Lilian Tatiane Candia de Oliveira

**Ivaiporã
2015**

CLAUDETE APARECIDA PITTA BOLIM

O Serviço Social e a Saúde Mental no Município de Ivaiporã – Paraná

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^a. Ms. Lilian T. Candia de Oliveira
Universidade Estadual de Maringá – UEM

Prof^a. Maria Celeste de Melo da Cruz
Universidade Estadual de Maringá – UEM

Prof^a. Ms. Vanessa Rombola Machado
Universidade Estadual de Maringá - UEM

Ivaiporã, _____ de _____ de _____

AGRADECIMENTO (S)

Este momento de construção do Trabalho de Conclusão de Curso, parece ser um momento muito solitário, onde o pesquisador busca de todas as formas realizar uma pesquisa coerente, e nesse caminho encontra-se com pessoas iluminadas, “Anjos” que acabam dando força para que essa pesquisa se torne um momento único na vida do pesquisador. Sendo assim, é hora de agradecer pessoas que de alguma forma me apoiaram e me ajudaram a construir esse Trabalho de Conclusão de Curso para a formação acadêmica.

Em primeiro lugar, meu obrigado a DEUS, pela minha fé, esperança, perseverança e pela capacidade de amar ao próximo, com DEUS consegui passar por momentos de angústias em que DEUS me iluminou, me propiciou pessoas “anjos” nessa trajetória que fez com que esses momentos se transformasse em alegria.

Agradeço aos meus familiares: à minha mãe Maria, ao meu pai Dionisio e à minha irmã Claudia, pela minha ausência em momentos muito críticos que eles enfrentaram na vida neste período. Minhas irmãs Cleusa e Cleonice e todos os meus sobrinhos e sobrinhas que me apoiaram com palavras de incentivo para que eu não desanimasse nessa caminhada.

Agradeço o meu filho Rodrigo, pelo apoio incondicional que me dedicou nesse momento, deixando sua família para vir até mim onde me ajudou com pesquisas e discussões, fazendo com que tudo ficasse mais fácil e esclarecedor na minha pesquisa.

Não poderia deixar de agradecer minha nora Fran e meus netos Rian e Guilherme, pela minha ausência e por permitir a ausência do pai e marido, para me ajudar nas minhas angústias e ansiedade durante esse processo.

À minha filha Deise e ao meu genro Marcelo, pelo apoio dedicado a mim durante a minha formação profissional, ouvindo os meus desabafos e angustias.

À minha sobrinha Suelem, ao seu marido Alexandre e à minha sobrinha neta Ana Clara, por me receberem em sua casa no início do curso, me apoiando e incentivando para que tudo acontecesse.

Também quero agradecer ao meu ex-marido Mário por me ajudar financeiramente em um período em que estive sem trabalho.

Não poderia deixar de falar e agradecer à minha companheira e amiga de estágio Paula Fernanda, que durante o processo de estágio me apoiou sendo meu suporte para enfrentar todas as intempéries que ocorreram durante esse percurso.

Quero agradecer à minha orientadora, Lilian T Candia de Oliveira, que esteve comigo nas horas de angústias e de dificuldades, por sua presença incentivadora para

minha formação acadêmica.

Agradeço a todos os meus amigos e amigas, em especial a Jéssica e Ana Cláudia, que foram pacientes para a escuta das minhas angústias e preocupações, a professora Ana Paula Nunes, que me orientou no meu processo de construção do meu pré-projeto, e mesmo estando à distância me enviou textos e sites para o desenvolvimento do meu Trabalho de Conclusão de curso e também não poderia deixar de agradecer a professora Cristiane Valoto, que desde o primeiro momento, como docente do curso de Serviço Social, me incentivou com suas falas, com seu amor a profissão e com seu sorriso, a continuar a ter esperança em um futuro melhor a todos os usuários do Serviço Social.

Eu quero agradecer, dentre muitos anjos que meu Deus colocou nesta jornada, à minha amiga Edméia, que me orientou, me incentivou, me acalmou, participou das correções de metodologia, enfim, é uma pessoa muito especial nesse meu processo de formação profissional.

E não poderia de deixar de agradecer todos os meus companheiros de sala de aula, nessa formação acadêmica, onde aprendi a amar a todos, cada qual com seu jeito de ser, e principalmente meu amigo Alisson que ficou conosco por dois anos e acabou sendo o meu porto seguro nesse início de jornada, e continua mesmo a distância me apoiando e me incentivando.

E nesse momento de agradecimento tenho que dizer o meu muito obrigado a todos os meus professores que me proporcionaram ao longo de quatro anos o conhecimento na área de Serviço Social, fazendo com que eu me tornasse uma pessoa mais crítica e compromissada com a profissão.

Mas eu também sei ser careta
De perto, ninguém é normal
Às vezes, segue em linha reta
“A vida que é ‘meu bem, meu mal’”

"Vaca Profana", Caetano Veloso

BOLIM, Claudete Aparecida Pitta. **O Serviço Social e a Saúde Mental no Município de Ivaiporã – Paraná.** 2015. 60 fls. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual de Maringá, Campus Regional de Ivaiporã, 2015.

RESUMO

Este estudo monográfico apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social desenvolvido na Universidade Estadual de Maringá, Campus de Ivaiporã, teve por objetivo analisar a Política de Saúde Mental no Município de Ivaiporã/Pr, procurando averiguar se os direitos e a proteção social das pessoas com transtornos mentais estavam sendo atendidos como propõe a legislação vigente. Para tanto, foi desenvolvida uma pesquisa bibliográfica e de campo que deu suporte teórico à sondagem. No primeiro momento, foi contextualizada historicamente a saúde mental em âmbito mundial e nacional, além de estudos sobre as legislações. Posteriormente, foram pesquisados sete artigos que possibilitaram o conhecimento sobre o debate dessa temática na atualidade, dando um norte científico e comparativo com o município de Ivaiporã. O estudo foi finalizado com a coleta de dados por meio de entrevista semi estruturada com a Assistente Social do CAPS de Ivaiporã e um questionário com a coordenadora de Saúde Mental deste município, nas quais caracterizaram a Saúde Mental em seus locais de trabalho, relataram as fragilidades e desafios deste setor, quais eram as estratégias de enfrentamento e os avanços da Saúde Mental neste município até aquele momento, promovendo assim, discussões acerca do real e do necessário, sendo possível esta pesquisa ser utilizada posteriormente em estudos envolvendo a Saúde Mental de pacientes deste município.

Palavras-Chave: Serviço Social. Saúde Mental. Caps.

BOLIM, Claudete Aparecida Pitta. **The Social Work and the Mental Health in the Municipality of Ivaiporã - PR** 2015. 60 fls. Course Conclusion Work (Graduation in Social Services) - State University of Maringá, Campus Regional Ivaiporã, 2015.

ABSTRACT

This final examination presented to the Course of Social Services, State University of Maringá, Campus Ivaiporã, aimed at assessing the mental health policy in the City of Ivaiporã/Pr, seeking to ascertain whether the rights and social protection of persons with mental disorders were being attended as proposed by the current legislation. To this, a field work and literature search that gave theoretical support the survey was developed. At first, it was historically contextualized mental health at the global and national levels, as well as legislation studies. Later seven articles were surveyed that enabled knowledge about the debate this issue today, giving a scientific and comparative north with the municipality of Ivaiporã. The study was completed with data collection through semi structured interviews with CAPS Social Assistant Ivaiporã and a questionnaire with the Mental Health coordinator of this city, in which characterized the mental health in the workplace, they reported weaknesses and challenges in this sector, what were the coping strategies and advances in mental health in this municipality so far, thus promoting discussions about the real and necessary, and this research possible later use in studies involving mental health patients in this County.

Keywords: Social Work. Mental Health. Caps.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Artigos de Serviço Social pesquisados na web.....	22
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AS	Assistente Social
CO	Coordenadora
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
COI	Centro de Orientação Infantil
COJ	Centro de Orientação Juvenil
CEFSS	Conselho Federal de Serviço Social
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ILPI	Instituto de Longa Permanência para Idosos
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MNLA	Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCTM	Pessoas Com Transtorno Mental
PSF	Programa de Saúde da Família
PCTM	Pessoas Com Transtorno Mental
TO	Terapia Ocupacional
USAFA	Unidade de Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	11
2.	SAÚDE MENTAL: UM BREVE HISTÓRICO	13
3.	SAÚDE MENTAL E O SERVIÇO SOCIAL: CONTEXTO HISTÓRICO.	16
3.1	O Debate Atual do Serviço Social e Saúde Mental.....	22
4.	A EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS DESENVOLVIDOS PELA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE IVAIPORÃ/PARANA	31
4.1	Etapas procedimentais.....	31
4.2	Critérios de seleção das instituições e sujeitos da pesquisa.....	32
4.3	Resultados e discussão.....	35
4.3.1	Fragilidades e desafios.....	39
4.3.2	Desafios.....	40
4.3.3	Estratégias de enfrentamento.....	40
4.3.4	Avanços.....	41
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
6.	REFERENCIAS	46
7.	APÊNDICES	50
8.	ANEXOS	57

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo foi desenvolvido como Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social na Universidade Estadual de Maringá, Campos de Ivaiporã, tendo como princípio norteador a pesquisa bibliográfica e de campo de cunho qualitativa, na qual percebeu-se que na atualidade a questão da saúde mental tornou-se um assunto bastante explorado e discutido por especialistas que estudam a área, existindo leis, decretos e portarias que garantiram legalmente os direitos das pessoas com transtorno mental, direitos estes, conquistados por meio de muitas lutas e movimentos populares.

O interesse pelo tema justificou-se pelas inquietações pessoais, profissionais e pessoais da pesquisadora, tendo em vista que é um assunto presente no cotidiano de muitas famílias, inclusive a minha, que necessitou deste atendimento por algum tempo. Com a pesquisa acadêmica, vi grandes possibilidades de analisar as ações desenvolvidas pelo município de Ivaiporã, sabendo que, até o momento não há pesquisa produzida que aborde a realidade da Saúde Mental na 22ª Regional de Saúde (Consórcio Intermunicipal), podendo esta ser utilizada para qualificação da Política de saúde mental nesta comunidade, e contribuir para estudos voltados à socialização e fortalecimento de vínculos dos usuários do serviço, e ainda verificar se os profissionais que compõem a equipe de atendimento em saúde mental são suficientes para atender toda a demanda que dela necessita.

Nesse contexto esta pesquisa teve por objetivo analisar a Política de Saúde Mental no Município de Ivaiporã/Pr, procurando averiguar se os direitos à proteção social das pessoas com transtornos mentais estavam sendo atendidos como propõe a legislação vigente. Para atender aos objetivos específicos da sondagem foi desenvolvido um paralelismo capitular, ou seja, cada objetivo específico foi atendido num capítulo da pesquisa, no intuito de atender o objetivo geral já sinalizado. Assim, no primeiro capítulo discorreremos sobre a história da loucura e movimentos sociais que proporcionaram o acontecimento da Reforma Psiquiátrica em contextos mundial e nacional, além de contextualizar a entrada do assistente social neste universo. No segundo capítulo, foram analisados artigos publicados em periódicos qualisados, os quais foram selecionados para compor a amostra deste capítulo que objetivou discutir, a partir da literatura especializada da temática em tela, a atualidade da temática, que trataram de temas ligados à: legislação e universalização do acesso aos serviços públicos as pessoas com transtornos mentais; levantamentos sobre os comportamentos de diferentes classes sociais usuários deste serviço público; dimensão clínica e ações psicossociais com base na reforma psiquiátrica com atendimento às famílias dos pacientes

com transtornos mentais; o matriciamento em saúde mental, buscando a interlocução entre o aparelhamento desta necessidade junto ao CAPS e USAFA e o trabalho em equipe. Já no terceiro capítulo, foram entrevistados profissionais do CAPS e da Coordenação de Saúde Mental do município de Ivaiporã, objetivando conhecer quais fragilidades, desafios, estratégias de enfrentamento e avanços em saúde mental há neste município. Neste contexto as exposições dos capítulos estarão intrinsecamente relacionadas aos objetivos específicos, promovendo o desdobramento a seguir.

2. SAÚDE MENTAL: UM BREVE HISTÓRICO

Neste primeiro capítulo, procuramos contextualizar como as pessoas com algum transtorno mental foram conduzidas ao longo da história e também discutir como se deram os movimentos sociais que lutaram por leis específicas para que essas pessoas tivessem um tratamento digno. Para tanto, é necessário compreender que: desde os primórdios a loucura recebeu diversas denominações e tratamentos, de acordo com cada época e cada contexto. Nesse aspecto as pessoas com deficiência intelectual foram as que mais sofreram discriminação, por isso mesmo, Bisneto (2011. p.137) destaca que: “Foram-lhe atribuídas várias caracterizações: como dos deuses, como experiência trágica de vida, como possessão de demônios, como poderes sobrenaturais”.

O modo que a insanidade ou loucura foi vista a partir da sociedade moderna realmente teve os seus diferenciais, porém é fato que os “loucos” continuaram no seu isolamento físico e mental desde tempos remotos, sempre assistidos pela medicina, pelos mágicos e religiosos que os abordavam, porém muitos ainda continuaram a vagar pelas cidades e campos. Estas relações entre sociedade e a loucura sempre se modificaram de acordo com determinada época e local. O internamento psiquiátrico em instituições criadas especificamente para este fim foi criado a partir do final do século XVIII na sociedade ocidental e se mostra com predominância e igualdade na abordagem das pessoas acometidas de transtornos mentais (FOUCAULT, 1961).

No século XVIII, Philippe Pinel, considerado o pai da psiquiatria, propõe uma nova forma de tratamento aos doentes mentais, transferindo-os do hospital geral e Santa Casas de Misericórdia para os manicômios os separando de todos os “desajustados”, sendo eles: os pobres, as prostitutas, ladrões, leprosos e crianças, enfim a todos que de uma forma ameaçavam a lei e a ordem social.

O histórico “gesto de Pinel”, desacorrentando os loucos, poderia nos dar a ilusão de que os loucos teriam sido libertados das correntes e salvos da violência institucional. No entanto, o que existiu foi uma metamorfose da natureza da instituição. Na medida em que o hospital deixou de ser o espaço da filantropia e da assistência social, para tornar-se uma instituição de tratamento médico de alienados, desacorrentados, porém institucionalizados, os loucos permaneceram enclausurados, não mais por caridade ou repressão, mas por um imperativo terapêutico (AMARANTE, 2007. p. 3).

Diante deste contexto, no século XX, começou outra reforma psiquiátrica com discussões que questionavam a forma que eram tratados esses doentes mentais. Começou-se a levantar questões relacionadas aos cuidados com o doente mental, que poderia estar mais próximo ao ambiente social, não deixando este isolado e restrito aos médicos

psiquiatras, mas sim com uma equipe multidisciplinar, de familiares e da rede social específica, promovendo assim uma relação horizontal desse doente mental e seus cuidadores.

No final do século XX, por iniciativa de Franco Basaglia, psiquiatra italiano, se iniciou uma grande transformação do saber, do tratamento e das instituições psiquiátricas. Esse movimento começou na Itália, mas teve uma grande repercussão no Brasil, neste contexto deu-se o início da luta, para acabar com os manicômios neste país, luta esta marcada pela defesa dos direitos humanos e resgate da cidadania dos que sofrem de transtorno mental.

Segundo Amarante (2008) o movimento da luta antimanicomial compõe o cenário nacional de luta em prol dos direitos dos usuários e familiares a uma atenção digna dos serviços de saúde, através de ações que se multiplicam e pautam-se pela criatividade das pessoas, que buscam mudar o imaginário social sobre a loucura. Ela precede do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) que surge no contexto do regime militar, o MTSM, iniciou-se com um processo de reflexão do saber psiquiátrico. Amarante (2008, p.734) nos escreve: “da função social da psiquiatria como estratégia de repressão e ordem social e quanto ao caráter de instituição do hospital psiquiátrico”.

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, surge neste ano. É, sobretudo este Movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005, p.7).

Conforme Amarante (2008), o primeiro encontro Nacional da Luta Antimanicomial aconteceu em 1993 em Salvador (BA), tendo como lema “O Movimento Antimanicomial como movimento social”, assim passou a ser chamado de Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA). Em 1995, aconteceu em Belo Horizonte (MG) o segundo encontro Nacional da Luta Manicomial, o terceiro encontro foi realizado em 1997 em Porto Alegre (RS). Em 1999, aconteceu o quarto Encontro Nacional da Luta Manicomial que foi realizado em Paripuera (AL), em 2001 o encontro foi promovido em Miguel Pereira (RJ), esses encontros são realizados até os dias de hoje, acontecem de dois em dois anos, onde reúnem profissionais da área de saúde mental, familiares de doentes mentais, e todos que queiram participar.

O Movimento da Luta Antimanicomial não foi o único movimento social na luta pela reforma psiquiátrica, “mas é certamente o mais importante e abrangente ator no

processo” (AMARANTE, 2008. P.742).

O movimento de Reforma Psiquiátrica além de denunciar os manicômios como instituições violentas, propõe a criação de uma rede de serviços que visa aos portadores de sofrimento psíquicos, um tratamento solidário, inclusivo e libertário.

No ano de 1989, o deputado Paulo Delgado (PT/MG) dá entrada no Congresso Nacional com o Projeto de Lei, “que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país” (BRASIL, 1989, p.7).

É somente no ano 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Paulo Delgado foi sancionada no país. A aprovação, no entanto, é de um substitutivo do Projeto de Lei original, que traz modificações importantes no texto normativo. Assim, a Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviço de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Ainda assim, a promulgação da referida Lei impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. É nesse contexto, e com a realização da III Conferencia Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade (BRASIL, 1995, p.55-56).

A partir da década de 90, passaram a entrar em vigor no país, em função do compromisso firmado pelo Brasil na Declaração de Caracas a qual propõe a reestruturação da assistência psiquiátrica e pela realização da II Conferencia Nacional de Saúde Mental, as primeiras normas federais regulamentando a implantação dos serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS). Estes se constituem como unidades de saúde regionalizadas, que atendem a uma população específica e oferecem os cuidados intermediários entre ambulatorio e a internação.

Esse sistema alicerça-se nos princípios de acesso universal, público e gratuito às ações e serviços de saúde; integralidade das ações, cuidando do indivíduo como um todo e não como um amontoado de partes; equidade, como o dever de atender igualmente o direito de cada um, respeitando suas diferenças; descentralização dos recursos de saúde, garantindo cuidado de boa qualidade o mais próximo dos usuários que dele necessitam; controle social exercido pelos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores, organizações da sociedade civil e instituições formadora de opinião (BRASIL, 2004. p.13).

A partir desta lei, iniciou-se a Política de Saúde Mental que definiu a redução dos leitos psiquiátricos, de longa permanência, de modo que as internações se dêem no âmbito dos hospitais gerais e que sejam de curta duração. Com essa política ficou determinado que a atenção aos pacientes de transtornos mentais fosse realizada em seu território e ainda ações que permitam a reabilitação psicossocial por meio de inserção pelo

trabalho, da cultura e do lazer (BRASIL, 2005).

Na equipe multiprofissional formada nos Caps destaca-se a importância do trabalho coletivo, sendo que cada profissional é responsável por um setor, porém atuando com o processo de trabalho dos outros setores. Neste contexto, a importância do profissional de serviço social relaciona-se diretamente ao trabalho com as famílias, pois além do trabalho com o paciente faz-se necessário que os familiares entendam o que saúde mental e sua necessidade para a efetiva melhora do usuário.

3. SAÚDE MENTAL E O SERVIÇO SOCIAL: CONTEXTO HISTÓRICO

Este capítulo tem por finalidade contextualizar historicamente a saúde mental relacionado com a atuação no serviço social. De acordo com Iamamoto (2013), o Serviço Social está circunscrito na divisão socio-técnica do trabalho, é uma profissão que está inserida em um contexto sócio-histórico e seu objeto de trabalho é a questão social e suas expressões que se manifestam nos espaços ocupacionais do assistente social. O que justifica a existência do Serviço Social no mundo do trabalho é a questão social.

De acordo com Rosa (2011), em saúde mental a questão social, aparece a partir da exclusão do portador de transtorno mental do convívio social e produtivo, pelo estigma social que passa a fazer parte de sua identidade, sendo que a sociedade historicamente o considera como uma pessoa incapaz, improdutivo, e a expressão comum usada pela sociedade é que “lugar de louco é no hospício” com isso, acontece a exclusão do convívio social no qual esse sujeito acometido de transtorno mental é considerado incapaz para o mundo do trabalho em uma sociedade capitalista.

O marco de entrada do Serviço Social brasileiro na saúde mental foi em 1940, sendo influenciado pela Doutrina Social da Igreja e pelo Movimento Higienista, onde foram constatadas por estudiosos que, o primeiro curso de Serviço Social na década de 30 do século XX existia muitas disciplinas com conteúdos ligados a igreja e ao movimento higienista (VASCONCELOS, 2010).

[...] também ressalta que no início, os profissionais trabalhavam em hospitais psiquiátricos, atuando na assistência, e subordinada aos médicos, realizando levantamentos de dados sociais e familiares dos pacientes, na confecção de atestados sociais, na preparação de alta entrando em contato com os familiares, também atendiam as necessidades básicas dos usuários, providenciando roupas, cigarros e recursos financeiros entre outros, assim o profissional de Serviço Social, exercia um fazer assistencialista, subalterno, burocrático e acrítico. “Assim, no geral, o padrão de prática dessas equipes era nitidamente uniprofissional, subalterno, burocrático, superficial (sem poder se dedicar ao estudo e intervenção mais complexa de casos ou

a intervenções familiares, grupais e comunitárias) e, em alguns casos, assistencialista” (VASCONCELOS, 2010, p. 187).

No início da profissão como afirma Martinelli (2009), o agir profissional do assistente social, era um agir imediatista uma ação espontânea alienada e alienante, que produzia práticas dos interesses da classe dominante, e seu objetivo eram o ajustamento político e ideológico da classe trabalhadora, aos limites impostos pela burguesia. Portanto, o Serviço Social tinha o que a autora chamava de “identidade atribuída”:

Operando sempre com a identidade atribuída pelo capitalismo e ostentando a face dos detentores do poder a que estava vinculado – Estado, Igreja, classe dominante, o Serviço Social caminhava em seu processo de institucionalização, atravessando continuamente pelo signo da alienação [...], os levava a se envolver com práticas conservadoras, burguesas, que visavam apenas à reprodução das relações sociais de exploração, fundamentais para a sustentação do processo de acumulação capitalista (MARTINELLI, 2009, p. 135).

Em 1946, foram desenvolvidas as primeiras práticas de Serviço Social no Brasil, nos Centros de Orientação Infantil (COI) e Centros de Orientação Juvenil (COJ), com objetivo de diagnosticar e tratar “crianças e adolescentes problemas” e planejar a educação higiênica nas escolas e famílias. Foi nesse contexto que os assistentes sociais desenvolvem as primeiras práticas em saúde mental, servindo de base para o nascimento do “Serviço Social Clínico” (VASCONCELOS, 2010).

Sendo assim:

O Serviço Social em Saúde Mental iniciou-se nos anos 1940 pela atuação no COI – Centro de Orientação Infantil e no COJ – Centro de Orientação Juvenil. Porém o número de assistentes sociais permaneceu pequeno e seu escopo de atuação era bem distinto do atual, atendendo a jovens e famílias na prevenção higienista (BISNETO, 2005, p. 112-113).

Já em 1964 durante a ditadura militar, aconteceram as reformas da saúde e previdência, com atendimento psiquiátrico com convênio à rede de previdência privada, com isso houve um grande aumento dos hospitais psiquiátricos, sendo que a doença mental se tornou sinônimo de lucro, e com isso aconteceu na área de saúde mental a empregabilidade de assistentes sociais (BISNETO, 2011).

No final da década de 1970, aconteceu a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica, que ampliou o conceito de saúde, que passou a ser considerado nos seus determinantes sociais do processo de adoecimento da população. A partir daí, o campo de saúde mental passa a exigir um maior comprometimento teórico e político, atribuindo ao doente mental a condição de portador de transtorno mental, digno de receber uma atenção baseada em direitos sociais (ROSA, 2011).

O Movimento da Reforma Psiquiátrica buscou tirar o foco dos hospitais

psiquiátricos e substituir por outros serviços comunitários e abertos, criando os Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial, que iriam atender às pessoas com transtorno mental, no qual seu processo de trabalho se daria em equipe na ação grupal e também na lógica da ação territorial, proporcionando ao profissional ver esse sujeito em suas várias dimensões e não só sob a ótica médica da doença (VASCONCELOS, 2010).

Bisneto (2011) aponta que a Reforma Psiquiátrica com a Constituição Federal de 1988, proporcionou uma grande abertura para a atuação do Serviço Social na saúde mental. O campo de atuação do Assistente Social na saúde mental tomou mais consistência através da Reforma Psiquiátrica.

Este autor assinala ainda que a Reforma Psiquiátrica aborda que é totalmente possível que as pessoas consideradas loucas possam ocupar papéis importantes e diversos na sociedade, não sendo visto somente como seres portadores de sofrimento psíquico, mas que passem a ser reconhecidos como um indivíduo de direitos. Baseado na formação social e política desse profissional, o agir profissional passou a dar nova direção metodológica ao trabalho profissional, assim o assistente social pode intervir de forma efetiva nas expressões da questão social no campo da saúde mental.

Quando foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990 também foi instituída a criação de novas políticas de saúde mental, e nesse sistema foi declarado o acesso universal e gratuito ao serviço de saúde e também à equidade no acesso, garantindo o cuidado e qualidade a todos os usuários que dele necessitar.

O direito à saúde, de que trata o texto constitucional brasileiro, implica não apenas no oferecimento da medicina curativa, mas também na medicina preventiva, dependente por sua vez, de uma política social e econômica adequadas. Assim, o direito à saúde compreende à saúde física e mental, iniciando pela medicina preventiva, esclarecendo e educando a população, higiene, saneamento básico, condições dignas de moradia, trabalho, lazer, alimentação saudável na qualidade necessária, campanha de vacinação dentre outra (CARVALHO, 2008, P.1215).

Da década de 1990 em diante, o profissional de Serviço Social, adotou uma atitude mais comprometida nessa área, junto com os ideais da Reforma Psiquiátrica e Sanitária buscando avigorar a cidadania das pessoas com transtorno mental procurando entender os múltiplos significados dessa realidade (ROSA, 2011).

Nesse contexto, iniciam-se no Brasil as propostas neoliberais, com incentivo à medicalização por meio da indústria farmacêutica para atendimento em massa, deixando à margem dessa situação os profissionais da área da assistência social, que se submetiam ao retorno da prática da caridade na tentativa de conseguir esses medicamentos, fazendo com que a assistência social fosse refilantropizada, assim o Estado passa a investir cada vez menos no

setor de saúde mental, isto é, passando a responsabilidade que era do Estado para assistência social.

É preciso salientar que a Portaria nº 224/92 do Ministério da Saúde, abriu possibilidades para o acompanhamento terapêutico dos pacientes que poderia ser realizado por uma equipe multiprofissional, tanto dentro de um hospital quanto no local de residência, o tratamento passava a ser considerado não mais exclusivo do médico psiquiatra, mas de uma equipe com vários profissionais, sendo eles enfermeiros, psicólogos, e assistentes sociais, essa equipe mesmo depois da alta desse paciente continuaria acompanhando-o e dando continuidade ao tratamento (AMARANTE, 2007).

Segundo a Portaria 224 de 1992 (BRASIL, 1992), o internamento em um hospital geral tem o propósito de resguardar o paciente quando se observa a necessidade de uma possível internação psiquiátrica a partir do momento que nota-se a inexistência de algum outro tipo de intervenção em outras unidades distintas. Nesta primeira internação o paciente será assistido por vários profissionais de diferentes áreas.

Os profissionais do Serviço Social que atuavam no campo de saúde mental buscaram efetivar seu agir profissional pautados no Código de Ética Profissional, na Lei que Regulamenta a profissão e nos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde. Essas leis e o código que regem a profissão são muito importantes, mas ainda precisavam avançar em relação à saúde mental, assim o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) aprovou em 2009 os Parâmetros de Atuação do Assistente Social em saúde. Os eixos dessa atuação seria a contribuição do assistente social para que a Reforma Psiquiátrica e o Projeto Ético Político entrassem em sintonia de forma que os profissionais da área buscassem sempre uma visão crítica da realidade contribuindo para a cidadania e a emancipação dos indivíduos sociais (CFESS, 2009).

O Código de Ética da profissão orienta o agir profissional em seus campos de trabalho, e tem como princípios: reconhecimento da liberdade; ampliação e consolidação da cidadania para garantir os direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras; a defesa da democracia; a luta pela equidade e justiça social, que garanta universalidade de acesso aos bens e serviços; a defesa da eliminação de todas as formas de preconceitos, buscando incentivar o respeito à diversidade (CFESS, 1993).

Estes princípios orientam o agir profissional do Serviço Social na saúde mental com vistas a garantir a cidadania da pessoa com transtorno mental e de sua família, que lute contra o estigma social e o preconceito que esses portadores de transtorno mental enfrentam em seu dia-a-dia (ROSA, 2011).

Porém, em alguns casos percebe-se a alienação do assistente social com a atividade “clínica” traindo a orientação social da profissão devido à crise de identidade perante as outras categorias profissionais, este comportamento de alguns profissionais da área de assistência social vem privando o desenvolvimento no campo da Saúde Mental da riqueza do seu saber próprio, fértil de contribuições para que a Reforma Psiquiátrica alcance o seu projeto ético-político, uma sociedade igualitária que permita as diferenças (ROBAINA, 2010).

O trabalho coletivo não impõe a diluição de competências e atribuições profissionais. Ao contrário, exige maior clareza no trato das mesmas e o cultivo da identidade profissional, como condição de potencializar o trabalho conjunto. O assistente social mesmo realizando atividades partilhadas com outros profissionais dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação dos mesmos processos sociais e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações (IAMAMOTO, 2002, p.41).

Segundo Bisneto (2011), para conhecer a prática concreta do Serviço Social nas instituições psiquiátricas, deve-se começar pela explicação do processo de trabalho real do assistente social, sendo este, muito complexo, uma vez que deve agir conforme o estatuto do estabelecimento, a um programa da organização institucional, ou às políticas sociais que se julgam adequadas. O Serviço Social na Saúde Mental é uma atividade que transforma algo, é um serviço que tem uma finalidade.

Bisneto (2011) corrobora afirmando que o objeto de prática do Serviço Social neste campo de atuação fica em segundo plano em relação aos objetos da psiquiatria no qual é considerada mais importante, a doença mental e a saúde mental. Em geral, o assistente social se queixa de não saber definir o seu objeto de prática dentro das instituições psiquiátricas com a mesma exatidão que outros profissionais que atuam na área, como psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros entre outros.

Desta forma, como aponta o referido autor, dentro de uma instituição psiquiátrica o Serviço Social tem alguns objetos diferenciados, no qual a sua intervenção existe quando há uma ruptura do tratamento psiquiátrico por motivos sociais e contextuais; quando há uma potencialidade de ruptura em relação ao convívio social da pessoa portador de transtornos mentais que prejudique seu prognóstico, e também quando há uma perda dos direitos básicos dos usuários.

Na loucura, a ameaça de ruptura do tratamento psiquiátrico exige uma atenção contínua sobre o usuário, por isso, na internação, o assistente social não age só na entrada e saída do usuário e sim ao longo de todo tratamento. Na ruptura do convívio social, o Serviço Social se dá como intervenção contínua, em contato com o usuário, inserindo-o em

equipes multidisciplinares, o Serviço Social é solicitado a transformar, junto à equipe multiprofissional, são condições sociais particulares dos usuários que, como causa efeito ou constituição do transtorno mental, se apresentam como direitos sociais perdidos, recursos econômicos reduzidos, relações sociais empobrecidas, situação de alienação social. O Serviço Social desenvolve uma práxis voltada para o fortalecimento e ampliação da cidadania, que de acordo com a Constituição Federal Brasileira de 1988, compõe um dos princípios fundamentais do Estado Democrático de direito (BISNETO, 2011).

De acordo com Oliveira e Cecílio (2015), a palavra “cidadania” tem sido utilizada com diversos significados, inclusive na defesa de argumentos que simbolizam as necessidades de determinado público. No caso da saúde mental, seria a melhoria das condições sociais em benefício da qualidade de vida aos sujeitos portadores de algum transtorno mental. O Serviço Social pode fazer valer os preceitos da profissão, quando há recursos organizacionais para isso.

Bisneto (2011) aponta que o produto da prática do Serviço Social é difícil de caracterizar, sendo que a intervenção do assistente social é em forma de processo e a todo instante há modificações desse objeto de prática. E por existir a intervenção de vários profissionais em equipes multidisciplinares na psiquiatria moderna, dificulta a caracterização da prática do Serviço Social.

De acordo com o mesmo autor, o Serviço Social tem atuado principalmente no bojo do Movimento de Reforma Psiquiátrica, nos mais diversos programas de atendimento que visam possibilitar aos usuários melhores condições de vida ou a reintegração social, e ainda de reabilitação psicossocial ou ressocialização, discutindo com grupos de usuários vários temas, como a sexualidade, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, alcoolismo, drogas lícitas e ilícitas entre outros, neste contexto percebe-se, de acordo com o autor, que: o produto da prática vê que, o que é transformado através do processo de atendimento ao usuário pelo Serviço Social em Saúde Mental, são propriedades variadas, ditas sociais ou contextuais do usuário, que tem como produto: um reforço a assistência psiquiátrica dentro dos moldes da previdência social; uma reintegração social em aspectos parcelares de sua vida: trabalho, moradias, lazer entre outros; e uma melhoria das condições sociais de existência do portador de transtornos mentais. O produto da demanda tradicional é o paciente devidamente instituído na entidade psiquiátrica, sem ter problemas contextuais ou sociais que prejudiquem o bom andamento dos serviços psiquiátricos.

Dessa forma, como aponta Bisneto (2011, p.133), quando a instituição psiquiatra tem racionalidade emancipadora, o Serviço Social faz um trabalho que colabora

com a restauração da saúde mental do usuário, quando a instituição psiquiatra é exploradora, dominadora, o Serviço Social - se não existir um julgamento de forma consciente - corre o risco de alienar mais ainda o usuário, o que é contrário aos objetivos da profissão estabelecidos no seu Código de Ética.

O profissional de Serviço Social atuando nas políticas de saúde mental ou mesmo em outras políticas sociais tem, através dos dispositivos teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico operativos, as ferramentas necessárias para a construção e articulação com os diferentes espaços de atenção ao usuário, contribuindo com ações que visem à melhoria destes serviços. Desta forma, o trabalho do assistente social encontra-se diretamente envolvido no processo de formulação, execução e acompanhamento de ações que visem à promoção de saúde/saúde mental, levando em consideração os determinantes envolvidos no processo de saúde/adoecimento, e ainda, o objeto da profissão que é a questão social em suas expressões, apreendidas no cotidiano da prática profissional.

3.1 O Debate Atual do Serviço Social e Saúde Mental

Este subtítulo discute a atualidade da temática em tela. Para tanto, a partir da literatura especializada, buscamos selecionar artigos disponibilizados na web, que foram publicados em Revistas que discutem o Serviço Social e Saúde em publicações equalizadas A1, A2 B1 e B2. Assim, num primeiro momento para o levantamento da amostra que balizasse o debate atual do Serviço Social na saúde mental, desenvolvemos a busca por artigos em sessenta e três (63) revistas, publicadas entre os anos de 1997 a 2015. Entre essas, conseguimos encontrar doze (12) artigos que abordavam a temática. Num segundo momento, desenvolvemos a leitura na íntegra dos artigos dos quais foram selecionados sete (7) para compor essa amostra. Justificamos que apenas estes sete compuseram nossa amostra por abordar o recorte específico da temática que estamos pesquisando. Os artigos selecionados estão dispostos no quadro abaixo:

Tabela 1- Artigos de Serviço Social disponíveis em Periódicos Qualisados *online*.

Autor	Ano	Título do Artigo	Revista	Qualis 2015
Raquel de Mattos Lopes Gentilli	2011	Desigualdades Sociais, Subjetividade e Saúde Mental: desafio para o Serviço Social.	Revista Ser Social	A2
Regina Célia Fiorati e Toyoko Saeki	2013	As dificuldades na construção do modo de atenção psicossocial em serviços extra-hospitalares de saúde mental.	Revista Saúde em Debate	B1
Lucia Cristina dos Santos Rosa e	2013	Saúde mental e classe social: CAPS, um serviço de classe e interclasses.	Revista Serviço Social e Sociedade	A1

Rosana Tereza Onocko Campos				
Mariana Moraes Salles e Sonia Barros	2013	Transformações na atenção em saúde mental e na vida cotidiana de usuários: do hospital psiquiátrico ao Centro de Atenção Psicossocial.	Revista Saúde em Debate	B1
Elaine Cristina da Silva Gazignato e Carlos Roberto de Castro e Silva	2014	Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família.	Revista Saúde em Debate	B1
Ellayne Karoline Bezerra da Silva e Lucia Cristina dos Santos Rosa	2014	Desinstitucionalização Psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado?	Revista Katálysis	A1
Leandro Barbosa Pinho Luciane Prado Kantorski; Agnes Olschowky; Jacó Fernando Schneider , Annie Jeanninne Bisso Lacchini	2014	Ideologia e saúde mental: análise do discurso do trabalhador no campo psicossocial.	Revista Texto e Contexto Enfermagem	B1

Fonte: A própria autora

Diante das leituras realizadas e os artigos selecionados, a partir desse momento discorreremos sobre o que os autores estão discutindo na atualidade dentro do Serviço Social, em nível nacional.

Importante salientar na discussão do debate atual entre Serviço Social e saúde mental, a contribuição de Gentili (2011), no qual expõe que mesmo com a Constituição de 1988, que representa um pujante processo de enfrentamento político, as desigualdades sociais, aqui no Brasil, com a universalização ao acesso, o atendimento aos indivíduos nem sempre foi o que tem sido recomendado, uma vez que os recursos disponibilizados são insuficientes para prestar esses serviços de saúde para atender à população.

Com isso, grande parte da população composta por desempregados, subempregados e trabalhadores autônomo foi deixada as margens nos serviços de proteção social e das políticas em geral. Mas com a Lei orgânica da Assistência Social (LOAS n.8742, de 7 de dezembro de 1993), começou a reverter essa situação. (GENTILLI, 2011). Segundo esta, para os portadores de transtornos mentais, essas desigualdades sociais, se tornam mais graves pelo encontro destas com o preconceito, que vem da situação de exclusão social motivada pelas doenças mentais.

Mesmo não sendo competência “clínica”, a importância do Serviço Social na saúde mental cresce, assim com os demais profissionais da equipe, ao conceito de “Clínica Ampliada”, articulado socialmente e intersetorialmente, como foi recomendado em 2003, no qual estão dispostos os procedimentos matriciais para a implantação dos atendimentos na

atenção básica (Ministério da Saúde, 2003), e foi reforçada na IV Conferência de Saúde Mental (BRASIL, 2010).

Os profissionais de Serviço Social que se encontram trabalhando na área de saúde mental, mesmo existindo ainda pouca elaboração teórica que requalifiquem os instrumentos e as metodologias profissionais do Serviço Social para uma contribuição teórica mais crítica em saúde mental, não significam que o assistente social seja incapaz de avaliar o sujeito em sua complexidade social e em sua singularidade, o Serviço Social tem muito a contribuir, tanto teórica como de forma prática, se não deixar cercear por fazeres burocrático e socioassistenciais (GENTILLI, 2011).

A IV Conferencia Nacional de Saúde (2010), sugere que se faça a inserção do paciente, a consolidação da rede de atenção, em parceria com os movimentos sociais e a defesa dos direitos humanos e da cidadania, e também que haja uma luta contra a discriminação do paciente portador de transtornos mentais. E nesse campo, o assistente social é o profissional entre a equipe de saúde mental do SUS, com maior lastreio e experiência para o enfrentamento dessa situação (GENTILLI, 2011).

Gentilli (2011), afirma que o profissional de Serviço Social do ponto de vista teórico, tem muito a contribuir no debate sobre garantias de direitos humanos de cidadania e emancipação dos sujeitos afetados pelo sofrimento psíquico, bem como contribuir com a reflexão em relação aos determinantes sociopolíticos do sofrimento psíquico que está presente no binômio “saúde mental/doença mental”, e com isso ao tecer tais elementos, tecerá também nova trama no seu agir profissional.

Já, Rosa e Campos (2013), fizeram uma pesquisa nas regiões nordeste e sudeste buscando identificar em dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), como se comporta a classe média e a classe baixa, diante da busca de tratamento de saúde mental em um CAPS, no qual expõe que a classe dominante que busca atendimento é a classe “baixa”, mas isso não significa que a classe média não faça uso desse serviço, porém o que foi identificado é que nesses municípios pesquisados inexistem serviços privados de saúde mental com exceção as consultas médicas, com isso acabam buscando atendimento nos serviços públicos.

Neste segmento o que ficou visível é o preconceito das famílias de classe média na perspectiva de “esconder” da sociedade a pessoa da família que tem um transtorno mental, com isso não se “misturam” e não participam das ações grupais/coletivas, com os segmentos de baixa renda no cotidiano dos serviços oferecidos pelo CAPS e também foi identificado que os usuários de saúde mental de classe média demonstram ter menor

reconhecimento pelos serviços dos profissionais, enquanto que os usuários de renda mais baixa tem um sentimento de gratidão expresso e uma relação afetuosa menos impessoal pelos profissionais que os atende (ROSA; CAMPOS, 2014).

As autoras destacam que, a classe média, ao usar o CAPS faz de forma seletiva, buscam mais a assistência médica, psicológica e psicofarmacológica, os profissionais também expuseram que sentem dificuldades em atender os usuários da classe média, ou seja, por eles terem conhecimento de seus direitos sociais eles reivindicam sempre um melhor atendimento por parte dos profissionais dos serviços de saúde mental.

Esse estudo foi realizado por Salles e Barros (2013), para identificar os processos de exclusão/inclusão social que os usuários encontram em sua vida cotidiana em relação aos diferentes modelos de atenção à saúde para as pessoas acometidas de algum tipo de transtornos mentais.

Segundo as autoras, as pessoas acometidas de uma doença mental têm uma história única, pois desencadeia mudanças em seu cotidiano, porém essa história de vida está inserida em uma história maior, sendo que se constituem e são constituídas pelo cotidiano da sociedade em que se encontram. Assim as pessoas acometidas por transtornos mentais se veem em uma história social marcada pela exclusão da loucura, e suas vidas são marcadas pelo preconceito e discriminação.

Nesse contexto, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um serviço que deve favorecer os processos de inclusão social das pessoas com transtornos mentais, atuando no território, constituindo uma rede de pessoas e serviços que, juntos, possam se fortalecer e enfrentar o desafio de transformar o cotidiano das pessoas (sejam os usuários, os profissionais ou pessoas da rede social dos usuários) e o cotidiano das instituições, serviços de saúde e de outros setores sociais (SALLES; BARROS, 2013, p. 325).

Salles, Barros (2013), apontam que foi diagnosticado nessa pesquisa, que atualmente o serviço de internação permanece para atender o momento de crise da pessoa com transtornos mentais, até que a pessoa se estabilize e retorne a sua vida cotidiana, mas muitos desses hospitais psiquiátricos não cumprem essa função de atender a crise, e acabam deixando esse usuário com transtorno por longos períodos dentro da instituição, ficando excluídos da sociedade, segregados e isolados nos manicômios, desaparecendo do cenário das cidades. Desta forma, a vida dos usuários é transformada, fazendo com que o hospital psiquiátrico seja sua “casa” e com isso sua vida gira ao redor das atividades do hospital, rompendo com a vida em sociedade, e com isso eles não existem para o mundo fora do hospital.

O doente é forçado a aderir a um novo corpo, que é o da instituição. A ele é negado qualquer [...] desejo, qualquer ação, qualquer aspiração autônoma que o faria sentir-

se ainda vivo e ainda ele mesmo. Torna-se um corpo vivido na instituição pela instituição, a ponto de ser considerado como parte integrante das próprias estruturas físicas desta (BASAGLIA, 2005b, p. 80).

Conforme as autoras, muitos usuários se apropriam do cotidiano do hospital, criam uma forma própria de viver a vida, tentando trazer para suas vidas um significado, realizando atividades dentro do hospital, essas atividades trazem para a pessoa com transtorno mental a possibilidade de permanecer em um local com mais liberdade, principalmente nas atividades ao ar livre.

Estas afirmam que, essas internações prolongadas, ou a sequência de internações (como acontece com muitos usuários do sistema) acaba rompendo com os laços familiares, fazendo com que esse usuário fique cada vez mais isolado. Nesse contexto social de exclusão, pensar em sair da internação pode representar o enfrentamento da angústia da exclusão vivida na sociedade, pois sem o suporte familiar ou social a vida em sociedade fica muito difícil.

Salles e Barros (2013) chamam a atenção, para esses internamentos em hospitais psiquiátricos, pois o mesmo apresenta pouca resolutividade, com isso resultando em poucos benefícios a esses usuários, pois muitas dessas instituições psiquiátricas oferecem aos seus usuários uma condição de miséria, abandono e são tratados com medicamentos fortes, que só contribuem para piorar a situação desses usuários, sendo que esses medicamentos promovem melhoras e pioras nos doentes, tirando sua estabilidade e causando mais alienação nessas pessoas com transtornos mentais.

Com essa realidade oferecida pelos hospitais psiquiátricos, a reforma psiquiátrica propôs uma nova possibilidade de pensar a loucura e relacionar o tratamento às pessoas acometidas por transtornos mentais. Sendo assim, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), proporciona aos usuários e portadores de transtornos mentais a possibilidade de estarem com suas famílias participando do seu tratamento e oferecendo a liberdade de ir e vir, fazendo uma ponte entre usuários e sociedade realizando ações que rompem então o isolamento, enfrentando preconceitos e promovendo a inclusão social(SALLES; BARROS, 2013).

O artigo de Fiorati e Saeki (2013) analisa como se realiza na área de saúde mental o tratamento com os pacientes deste serviço, procurando saber se está sendo tratado além da dimensão clínica e as ações psicossocial, sendo que é à base das orientações centrais que pregam pela reforma psiquiátrica. Com isso, avaliam-se os serviços extra-hospitalares na saúde mental, sendo de fato substituindo o modelo hospitalocêntrico, com base na

interpretação de profissionais que estão envolvidos nesse serviço, buscando identificar se esse modelo está sendo eficiente para os usuários e seus familiares.

A pesquisa foi realizada em Ribeirão Preto no Estado de São Paulo, no qual os sujeitos da pesquisa foram profissionais de dois serviços extra-hospitalares de saúde mental. Estes se constituíram nas seguintes categorias: enfermeiro, auxiliar de enfermagem, médico psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, musicoterapeuta e agentes, sendo eles médicos psiquiatras.

A análise dos dados nos serviços pesquisados mostrou os seguintes resultados: atenção com ênfase na tecnificação do trabalho e no centramento das ações profissionais nos núcleos de competência, em detrimento de um campo interdisciplinar; predominância da tecnologia médico-clínica sobre outras ações terapêuticas, com base na supervalorização da terapêutica medicamentosa e na subvalorização de ações de reabilitação psicossocial; ausência de uma organização entre as equipes no sentido de elaborarem projetos terapêuticos coletivos e interdisciplinares; e precarização das relações de trabalho gerada no contexto das orientações das políticas de saúde mental municipais. Além disso, percebeu-se que as concepções sobre a reabilitação psicossocial ressaltavam a ideia predominante de um processo de adaptação a condutas sociais normatizadas e como função externa ao serviço (FIORATI; SAEKI, 2013 p. 309).

Os autores apontam que os profissionais dos serviços avaliados demonstraram que não há um projeto terapêutico com uma filosofia primordial norteadora das ações e objetivos centrais do atendimento nesses locais. Percebe-se que as equipes têm se demitido da função de elaboração e gestão dos projetos terapêuticos e admitido orientações prontas advindas dos órgãos gestores, municipais ou de outras esferas do poder, ou, ainda, guiado suas ações profissionais com base nas disposições técnicas e tecnologias próprias às suas especialidades de serviço

A análise dos dados nos serviços que se considerou nessa pesquisa foi a precarização das relações de trabalho, sendo que os espaços físicos não são adequados e existe uma inapropriação em relação ao ambulatório, existe também a carência continuada de recursos materiais e humanos, e com isso os profissionais estão sempre sobrecarregados desempenhando funções que não são suas, e assim acabam trabalhando de forma mecanizada e não observam as reais necessidades de saúde dos usuários (FIORATI; SAEKI, 2013).

Também foi observado por Fiorati e Saeki (2013) que o município não busca resolver os problemas evidenciados nas ações das políticas de saúde mental, e esses problemas que se estabeleceram nos últimos anos, foram consequências advindas das orientações de saúde mental do município, no qual elas são favoráveis ao aumento de leitos hospitalares, e não ao fortalecimento das equipes e também na organização do trabalho nos serviços extra-hospitalares de saúde mental.

Silva e Rosa (2014) apontam que a família, nos cuidados com seus entes com algum tipo de transtorno mental, é considerada cuidadora, mas também necessita de cuidados e atenção, pois sempre acaba necessitando de cuidados por desempenhar um serviço no qual existe um desgaste emocional muito grande.

A família não é mais considerada um sujeito extra no tratamento, mas sim como parte integrante deste serviço, como provedora e recebedora de cuidados diante do Estado. Pois quando uma pessoa apresenta um transtorno mental, não só ele sofre, mas toda sua família, por isso ambos precisam de apoio e de cuidados (SILVA; ROSA, 2014).

Portanto, a família é o principal elo de enfrentamento das dificuldades no relacionamento com a doença, com os estigmas e com o isolamento social ao qual vivencia a pessoa com transtorno mental, com isso reconstruindo o convívio de seu ente com a sociedade (SILVA; ROSA, 2014).

As autoras declaram que, nesse contexto atual, a Política de Saúde Mental passou por processos de transformação, resultantes do Movimento de Reforma Psiquiátrica e do processo de desinstitucionalização, no qual busca incluir a família como principal parceira dos serviços, com proteção e cuidados, e também fortalecendo a convivência comunitária desses sujeitos. Com isso a responsabilidade com o cuidado da pessoa com transtorno mental cabe à família, que carrega o peso do preconceito, e é culpabilizada pela sociedade por ter um ente com transtorno mental.

É nesse sentido que se faz necessário um questionamento acerca da responsabilidade estatal no provimento de cuidado às pessoas com transtornos mentais, diante da desinstitucionalização em saúde mental. Há aqui o reconhecimento dos avanços quanto aos serviços trazidos pela reforma, através dos Centros de Atenção Psicossocial, Residências Terapêuticas, Programa de Volta para Casa, dentre outros, embora ainda se perceba que muito tem que ser aprimorado para que, de fato, seja garantida a cidadania das PCTM e de seus familiares (SILVA; ROSA, 2014, p. 258).

Gazignato e Silva, (2014), informam nesse artigo que em 1994, foi criado pelo Ministério da Saúde o Programa de Saúde da Família (PSF), buscando modificar a prática da atenção básica. O PSF passa a ser denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF) e assim tornou-se a estratégia principal de organização da atenção básica, deixando de ser apenas um programa, desenvolvendo um trabalho numa perspectiva de saúde ampliada e integral, tendo em vista uma região delimitada com equipes multiprofissionais responsáveis por um certo número de pessoas.

As autoras expuseram que, a atenção básica surge como um eixo estruturante do sistema, pois, além de ser “a porta de entrada”, coordena gerencia os encaminhamentos e também integram o trabalho por níveis de atenção, outros equipamentos e

acompanha a saúde do paciente durante a vida.

Gazignato e Silva (2014) também esclarecem que a saúde mental foi inserida na atenção básica pela reforma psiquiátrica, especialmente por meios das equipes de saúde da família. Essa inserção de práticas de saúde mental na atenção básica nos mostra a busca pelo redirecionamento e regionalização do cuidado com as pessoas com transtornos mentais, buscando a atenção integral e humanizada, articulado com serviços que já têm nos territórios e com profissionais da área.

Nessa pesquisa, foi constatada a necessidade do trabalho em rede, mas há pouca iniciativa da ESF, em se aproximar e conhecer os outros serviços, sendo que todos os entrevistados não tinham muita clareza dos trabalhos desenvolvidos nesses serviços, mesmo conhecendo os ambulatórios de psiquiatria e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município (GAZIGNATO; SILVA, 2014).

Para Gazignato e Silva (2014) fica claro que o processo de matriciamento foi muito importante para o atendimento aos casos de saúde mental, no qual estimulou novas práticas clínicas e institucionais junto às equipes de saúde da família, também através desta pesquisa, observou que, o trabalho em rede nesse município encontra-se desarticulado nesse momento, apesar de se notar as experiências positivas entre atenção básica e CAPS, percebe-se claramente que ainda existe dificuldade de comunicação e interação entre eles.

(...) pode-se destacar a importância do trabalho em rede e do matriciamento em saúde mental como ações que têm trazido resultados positivos para a inserção da saúde mental na atenção básica, apesar da dificuldade de implantação. Entretanto, deve-se ressaltar que a ESF não é o único instrumento capaz de resolver todos os problemas relacionados à saúde mental, que precisa ser considerada um componente de uma rede de cuidados complexa e interligada entre si. Desse modo, torna-se necessária a adoção de medidas com a finalidade de desenvolver a integralidade dos serviços de atenção básica e especializados (GAZIGNATO; SILVA, p. 302, 2014).

Uma das diretrizes do SUS é a integralidade dos serviços de saúde, e um dos trabalhos em rede é o matriciamento, que pode ser entendido com uma estratégia para que o serviço tenha resultados. A atuação em saúde mental no contexto de trabalho em rede e também do matriciamento em saúde mental tem por objetivo principal desse trabalho em rede discutir a partir da visão de enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a Estratégia de Saúde da Família (ESF) (GAZIGNATO; SILVA, 2014).

Segundo Gazignato e Silva (2014), uma das finalidades do matriciamento em saúde mental é a integralidade, buscando a interlocução entre os aparelhamentos de saúde mental, um desse exemplo, são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e as Unidades de Saúde da Família (USAFA) com a intenção de organizar o serviço e as especialidades, o serviço e o processo de trabalho de uma forma horizontal, para que estas permeiam todo o

campo das equipes de saúde.

Portanto, os mesmo autores afirmam que esses encontros estabelecem a troca de saberes com profissionais de serviços diferentes de atenção, que estão abarcados com o cuidado dos usuários, sempre com a finalidade de garantir que as USAFA e as equipes de saúde mental vinculem-se aos pacientes com responsabilidades pelas ações desencadeadas no processo de assistência, para que se possa garantir a integralidade da atenção em todo o sistema de saúde e com isso também à saúde mental (GAZIGNATO; SILVA, 2014).

O objetivo da análise de Pinho (2014), foi avaliar a fala de trabalhadores de um CAPS para saber como se dá os modos de operação da ideologia que traduzam a dimensão das práticas sociais constituídas no serviço de saúde mental.

Conforme PINHO, (2014) ocorreram mudanças importantes com a chegada da reforma psiquiátrica e uma delas está na organização do trabalho em equipe relacionado aos novos serviços de saúde mental. Se na instituição psiquiátrica o regimento era através da ordem, isto é, a autoridade médica que ajustava as atividades e disciplinava profissionais e pacientes, na contemporaneidade a lógica é inversa. Atualmente, observa-se o surgimento do diálogo e da inserção de distintas disciplinas como fomentadoras do cuidado na área. Observando que a saúde mental mostra-se um fenômeno social, multifatorial, é impossível associar a uma profissão a responsabilidade e o controle dos outros profissionais. Ocorre a necessidade de modificar, dividir, discutir, entender que o sofrimento possui vários ângulos e perspectivas.

Uma das primeiras características da gestão do processo de trabalho está na própria constituição das equipes. Os trabalhadores afirmam que a composição é baseada na multidisciplinaridade, com ênfase na articulação interdisciplinar (PINHO, et al, 2014)

No trabalho em saúde, a multidisciplinaridade atua como uma maneira de organizar-se como equipe, atuando com suas diferentes especialidades para a compreensão dos problemas de saúde através desta associação e planejamento mútuo. Quando resistirmos aos interesses particulares, podemos iniciar na área de saúde mental através de novas ideias a entrada no meio social, criando vínculos e meios para alcançar a qualidade no cuidado e na vida das pessoas acometidas de transtornos mentais (PINHO et.al, 2014).

A não quebra dos paradigmas convencionais aumentam as chances da burocratização e da alienação em relação ao objetivo do trabalho, mostrando-se mais intensificado nos profissionais que atuam na área de saúde mental. Devido à insanidade e suas complexidades não serem de trato fácil para os mesmos, surgem então as racionalizações dentro da sociedade, pode-se perceber isto na atualidade (PINHO et .al, 2014).

Assim, percebe-se que os cuidados relacionados à saúde mental são um processo que necessita da participação ativa dos personagens sociais, que se fortalece no processo de satisfação e na inteireza da utilização de diversos recursos tecnológicos e terapêuticos para a prestação dos devidos cuidados a sociedade. Cuidado este no qual é pertinente a construção de sua teoria e práticas, porém não devem ser totalizadores do processo de trabalho na área. Pois mesmo aparentando a condição de segurança institucional, é a interação entre as pessoas e os serviços que mostraram resultados efetivos na área de saúde mental, não se pode comparar este campo a outros serviços tradicionais, um comprometimento é necessário para que não se promova um processo retórico promovendo uma história através de vários interesses, realidades e negociações (PINHO et al, 2014).

Uma das mudanças mais significativas, com o advento da reforma psiquiátrica, está na organização do trabalho em equipe nos novos serviços de saúde mental. Se no manicômio o que sustentava o trabalho era a ordem, isto é, a regulação das atividades de acordo com a autoridade médica, que disciplinava corpos e sujeitos, nos serviços contemporâneos a lógica se inverte. Neles, vê-se o renascimento do diálogo e da inclusão das diferentes disciplinas como potencializadoras do cuidado na área. Levantando-se a loucura como um fenômeno social, multifatorial, não é possível atribuir a uma profissão toda a carga e o domínio sobre as demandas do outro. É preciso compartilhar, trocar, dialogar, para compreender que o sofrimento possui múltiplos olhares e direções (PINHO et.al, 2014).

4. A EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE IVAIPORÃ/PARANÁ.

4.1- Etapas procedimentais

Este capítulo objetiva analisar como a Política de Saúde Mental, desenvolvida no município de Ivaiporã, PR, efetiva os direitos e a proteção social das pessoas com transtorno mental.

Para o atendimento desse objetivo desenvolveu-se a pesquisa de campo pautado na literatura especializada que se configurou como parte inicial deste estudo, no qual se primou pelo processo histórico e debate atual da temática em tela. A pesquisa bibliográfica teve seu embasamento teórico em livros, periódicos, leis e artigos científicos.

Segundo Oliveira (2008), para que tenhamos uma maior aproximação do tema pesquisado, é possível recorrer à bibliografia especializada que possibilita o contato direto com obras, artigos e documentos

Posteriormente, os estudos foram direcionados à leitura de autores que abordavam a Saúde mental em suas produções, promovendo assim discussões acerca da estruturação da Saúde Mental brasileira e as atribuições dos assistente social nesta área.

Na pesquisa de campo, o método utilizado para a obtenção das respostas foi um questionário com 15 (quinze) questões abertas para que o entrevistado ficasse à vontade quanto a sua resposta e análise das perguntas apresentadas, como nos expõe Gil (1999, p. 36) “Nas questões abertas, apresenta-se a pergunta e deixa-se um espaço em branco para que a pessoa escreva sua resposta sem qualquer restrição.” E também entrevista semi-estruturada que foi gravada. Triviños (1987) aponta que a entrevista semi-estrutura valoriza, ao mesmo tempo, a presença do investigador e oferece perspectivas possíveis para que o informante alcance liberdade, o que enriquece a investigação.

A pesquisa foi realizada de forma qualitativa, que pode ser entendida “como sendo um processo de reflexão e análise da realidade através da utilização de métodos e técnicas para compreensão detalhada do objeto de estudo em seu contexto histórico e/ou segundo sua estruturação” (OLIVEIRA, 2008, p.37).

Segundo Minayo (2007), a pesquisa qualitativa, no âmbito das Ciências Sociais, responde a questões muito particulares, se voltando para realidades que não podem ser quantificadas. Portanto, a pesquisa qualitativa.

[...] trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis [...] a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, medidas e estatísticas (MINAYO, 2007, p. 21-22).

Sendo assim, neste contexto, seguem os critérios de seleção das instituições e também dos entrevistados que realizamos para compor esse processo de pesquisa para esse Trabalho de Conclusão de Curso.

4.2- Critérios de seleção das instituições e sujeitos da pesquisa:

O presente estudo foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), no qual foram sujeitos de nossa pesquisa a assistente social e a coordenadora de saúde mental, que tem seu local de trabalho na secretaria de saúde do município de Ivaiporã, localizado na

região central do Paraná com área aproximadamente de 431, 502 km² e população de 31.816 habitantes. O Centro de Atenção Psicossocial (Nova Vida) se localiza na Avenida Rubens Teixeira, Nº 2441 – Centro. E a Secretaria de Saúde está localizada na Rua Mato Grosso, nº 780 - Centro, neste município.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental são serviços com enfoque estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Com a criação desses centros possibilitou-se a organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país.

Os CAPS são serviços abertos, comunitários que oferecem atendimento diário ao usuário de saúde mental (BRASIL, 2004). Sendo assim, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004, p. 13) o CAPS é um lugar:

(...) de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida.

A partir do levantamento da demanda apresentada, buscou-se juntamente com a 22ª Regional de Saúde de Ivaiporã, a implantação deste serviço na região.

O CAPS de Ivaiporã faz parte do Consórcio Intermunicipal de Saúde, atendendo aos 16 municípios pertencentes a este Consórcio os quais são: Arapuã, (3.426 habitantes), Ariranha do Ivaí (2.359 habitantes), Cândido de Abreu (16339 habitantes), Cruzmaltina (3147 habitantes), Godoy Moreira (3245 habitantes), Ivaiporã (32710 habitantes), Jardim Alegre (12191 habitantes), Lidianópolis (3.774 habitantes), Lunardelli (5.127 habitantes), Manoel Ribas (13.660 habitantes), Mato Rico (3.822 habitantes), Nova Tebas (6.792 habitantes), Rio Branco do Ivaí (4.088 habitantes), Rosário do Ivaí (5.367 habitantes), Santa Maria do Oeste (11.009 habitantes) e São João do Ivaí (11.228 habitantes).

A partir do levantamento realizado, notou-se que o município de Ivaiporã era o único em toda a região que comportava a população entre 20.000 e 70.000 habitantes, para que fosse implantado um CAPS I. De acordo com a portaria 336/2002 a equipe mínima para a atuação do CAPS I, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004 p.26), compõe-se de:

1 médico psiquiátrica ou um médico com formação em saúde mental; 1 enfermeiro; 3 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, pedagogo, assistente social, terapeuta ocupacional, ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; 4 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem; técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

O objetivo do CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo

acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004, p. 13), os CAPS visam a:

- prestar atendimento em regime de atenção diária;
- gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado;
- promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas;
- Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território;
- dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde);
- regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área;
- coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território;
- manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental.

Sendo assim, os profissionais principalmente os assistentes sociais no CAPS buscam a efetivação, defesa e ampliação dos direitos sociais que valorize acima de tudo o ser humano, nesse contexto.

Ao discorrer sobre saúde mental e sua prática atual, Reinaldo (2008) expõe que as mudanças na prática da saúde mental no Brasil aconteceram na década de 1970, onde foram incorporadas as características da Prática da Saúde Mental Comunitária, que buscam diferenciar a psiquiatria que se faz “para” a comunidade, “na” comunidade e “com” a comunidade. “Para” a comunidade as ações são planejadas sempre considerando as consequências que essas ações podem ter sobre a comunidade, “na” comunidade essas iniciativas abarcam o trabalho na saúde mental para ser mais acessível à população, um exemplo disso é na atenção primária à saúde, com a psiquiatria mais próxima do contexto do paciente, vai facilitar o acesso da equipe e fazer com que o paciente e a equipe se tornem algo familiar, e “com” a comunidade, as ações são determinadas pelos problemas que a comunidade identifica, havendo uma resposta efetiva a um problema por meio dessa relação direta.

Ainda, de acordo com o mesmo autor, as experiências em psiquiatria comunitária trazem consensos do que seja o melhor para o paciente, mesmo o sujeito estando doente, elabora seus projetos de vida, sendo que, esta comunidade é seu ambiente familiar, e que esse ambiente só trará benefícios e com isso mais saúde. Assim, ao discutir a saúde mental na atenção básica de saúde relacionada à psiquiatria comunitária, salienta que novas

estratégias têm sido adotadas no Brasil a fim de tornar o atendimento psiquiátrico mais humano. A comunidade recebe o suporte do hospital geral e/ou equipes de saúde mental vinculadas ao Programa Saúde da Família (PSF), que contribuem de forma significativa nas intervenções nos momentos de crise e acompanhamento domiciliar (REINALDO, 2008).

Com a aprovação da Lei 10.216 de 06 de abril de 2004, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mentais, direciona o modelo assistencial em saúde mental declarando que, as pessoas assistidas devem ser tratadas preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental (REINALDO, 2008).

4.3 – Resultados e discussão

No desenvolvimento desta pesquisa de cunho qualitativo, foi entrevistada uma profissional de Serviço Social (doravante denominado AS) que atua no CAPS de Ivaiporã e respondeu um questionário pela Coordenadora de Saúde Mental deste município (doravante denominado CO), ambos atuam diretamente com os pacientes com algum tipo de transtorno mental no município de Ivaiporã. Foram feitas perguntas que se relacionam desde a implantação, ao desenvolvimento do trabalho no cotidiano tanto da Saúde Básica, quanto do CAPS, assim fazendo um paralelo entre o real e o necessário, além de comparativos com a legislação e sua aplicabilidade.

A profissional do Serviço Social que atua no CAPS se formou no ano de 2008 na Faculdade do Centro do Paraná (UCP) em Pitanga, sua carga horária é de 20 horas semanais e o seu primeiro emprego foi no CAPS de Ivaiporã, e exerce esse cargo desde 2008. Seu vínculo empregatício é por teste seletivo realizado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde, por tempo indeterminado, e também declarou que trabalha apenas no CAPS, e não possui nenhum outro vínculo de trabalho.

“Os pacientes atendidos aqui no CAPS são usuários de álcool e outras tipos de drogas ilícitas, depressão, transtornos mentais entre outros” (AS, 2015).

A AS (2015) relatou que sempre houve atendimento aos doentes mentais no município, porém com atendimento especializado somente em 2008. Quando perguntada a definição de saúde mental e qual a sua compreensão sobre a atual política de saúde mental, não houve resposta sistematizada.

A coordenadora de saúde mental no município é formada em psicologia no ano de 2006 e exerce essa função desde 2009, e também é psicóloga do departamento de

saúde municipal desde esse período, o seu vínculo empregatício é estatutária. Quando perguntado a ela quais são os tipos de transtornos atendido no município ela declarou:

Não temos uma estatística realizada, nem seria possível falar com precisão sobre estes dados, conforme a área, situação de risco e outros fatores da população têm dados epidemiológicos diferentes, por exemplo, na região central temos muitos casos de idosos com depressão, uma vez que esta é uma área de muitos idosos morando sozinhos. Em outra área de grande risco psicossocial e região de tráfego temos muitos casos de sofrimento psíquico relacionado à dependência química, violência (CO, 2115).

Segundo a Coordenadora (2015), a secretaria Municipal de Ivaiporã iniciou seus investimentos na área de saúde mental a partir de 2009, com intuito de provocar mudança no modelo de saúde curativista, hospitalocêntrico e médico centrado para uma saúde mental comunitária, com a corresponsabilidade do cuidado distribuída entre pacientes, família, equipe de saúde da família, especialistas, pontos de atenção à saúde (postos de saúde, hospitais) e intersetorialidade (assistência social, educação, sistema de direitos, entre outros).

O município vem desenvolvendo o Programa Municipal de Saúde Mental, intitulado: “Saúde Mental Intersetorial – Responsabilidade de Todos”. Este programa de saúde mental vem a aceitar o desafio da produção do cuidado menos infantilizador, e tem como eixos principais:

1. Eixo da Autonomia, ou seja, a promoção da capacidade de poder orientar e dirigir a sua própria vida, para que o paciente possa conviver com suas limitações de forma mais autônoma.

2. Potência do acolhimento nas múltiplas dimensões do sujeito, a capacidade dos profissionais, instituições e familiares realizarem o acolhimento ao paciente com transtorno mental respeitando suas necessidades de saúde física, mental, social, econômica, cultural, educacional, etc.

A profissional explicou que este programa tem como pontos de atuação:

Gestão: Fazer constantemente uma análise crítica sobre a produção de saúde mental municipal, discutir as políticas públicas em saúde mental intersetorialmente com a finalidade de aplicá-las no município.

Planejamento de ações, desenvolvimento de projetos que viabilizem o Programa de Saúde Mental, captação de recursos estaduais e federais; Prevenção e Promoção:

Atuação intersetorial com as secretarias de Saúde, Educação, Ação Social, no desenvolvimento de ações comunitárias como palestras e grupos de apoio, visando ao auto cuidado, o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, e outros temas;

Assistência: Organização de protocolo de saúde mental intersetorial com os pontos de atenção existentes.

Qualificação e implementação da assistência; Educação Permanente: investimentos em treinamentos e capacitações constantes;

Controle Social: Fortalecimento de discussões sobre a legislação de saúde mental, os direitos dos usuários com a comunidade e participação da saúde mental nos conselhos municipais de direitos.

A Secretaria Municipal de saúde funciona como coordenadora e articuladora da organização da assistência em saúde mental, principalmente por meio do apoio matricial para Estratégia Saúde da Família, processos de educação permanente e desenvolvimentos de projetos para qualificação e implementação da rede (CO, 2015).

Na área da assistência em saúde mental estão sendo realizados os seguintes procedimentos:

O profissional de psicologia realiza atendimento ambulatorial e Apoio Matricial em saúde Mental: O profissional de psicologia destina 24 horas semanais para atividades de apoio matricial, que constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, a equipe por ela responsável, compartilha alguns casos com a equipe de saúde local (no caso, as equipes da atenção básica responsáveis pelas famílias de um dado território). Esse compartilhamento se produz em forma de coresponsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de caso, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos.

Atendimento de 01 médico psiquiatra para atenção especializada em saúde mental com 25 consultas semanais; encaminhamento de adultos com transtorno mental severo e persistente/ dependência de álcool e outras drogas para CAPS Regional Nova Vida; atendimento emergencial no Hospital Municipal para os casos em que há necessidade; encaminhamentos de internamento para Hospital Psiquiátrico para casos em que há esta necessidade e casos de ordem judicial. Existe uma grande procura para internamentos devido ao uso de drogas ilícitas, principalmente crack.

A Equipe da estratégia Saúde da Família, em conjunto com o apoio matricial, realiza busca Ativa do Paciente por meio de visita domiciliar, acompanhamento do estado geral de saúde do paciente, acompanhamento e orientação de saúde à família do paciente, encaminhamentos para serviços especializados e outros equipamentos da rede; está sendo implantado projeto de Inclusão social pelo trabalho para usuários e familiares da rede

de atenção psicossocial, a profissional afirma que conseguiram verba, mas não foi executado ainda.

Além do atendimento ofertado pelo município, Ivaiporã conta com uma unidade do CAPS, na qual o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), do município de Ivaiporã está instalado na área central e residencial, como preconiza a Portaria nº 224/92, e está composta de salas: de recepção, assistente social, administração, enfermagem psicologia, oficina, almoxarifado, ambulatório, consultório médico, cozinha, refeitório, lavanderia, sala de televisão e também um bom espaço externo. "Art. 3º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar" (BRASIL, 2004, p. 16).

Quanto aos cuidados de sua estrutura física, está necessitando de alguns reparos, precisando de pintura principalmente na área externa, melhor iluminação, entre outros.

Sua equipe técnica é composta de uma assistente social, uma psicóloga, uma enfermeira, uma pedagoga, um médico clínico geral, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar de serviços gerais e também cozinheira e uma recepcionista. A maioria está atuando há mais de seis anos, salvo a psicóloga que está apenas há trinta dias. Ainda estão faltando profissionais para compor a equipe técnica que é proposta pelas leis que recomendam aos CAPS.

Após a análise das informações, foi entrevistada a Assistente Social do CAPS, que relatou que atua neste órgão desde o ano de dois mil e oito, um ano após a data da implantação do serviço no município de Ivaiporã, e que todos os profissionais que ali estão são contratados por teste seletivo realizado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde, sendo a contratação por tempo indeterminado, descreveu a organização do CAPS e a atuação dos profissionais como equipe multiprofissional. Entre os sucessos de organização destacou que o CAPS desenvolve seu trabalho com diversos profissionais da área da saúde e educação (médico, psicólogo, enfermeiro, assistente social, pedagogo) e que o trabalho desenvolvido com uma equipe multidisciplinar os resultados são em conjunto e funcionam.

Destacou como ponto negativo a carga horária, pois vê que muitas ações deixam de serem desenvolvidas por falta de tempo. Um dos pontos mais interessantes da entrevista relaciona-se aos atendimentos, pois de acordo com a entrevistada os pacientes gostam de estar ali em sua grande maioria, pois sentem-se amparados, relatou que um grande número dos usuários do serviço os procuram por conta própria, porém há necessidade de vínculos com as famílias, pois o tratamento se estende aos familiares.

Sobre os dados da entrevista falou sobre a aceitação do tratamento nas diferentes classes sociais, onde este é melhor aceito por pacientes de classe baixa. Quando perguntado sobre a estrutura física, disse que esta necessita de muitos reparos, porém os profissionais que ali atuam procuram mantê-la da melhor forma possível, para ser um local agradável aos pacientes.

Em contexto geral, o profissional destacou a importância dos profissionais e das ações desenvolvidas pelo CAPS e destacou o trabalho do Assistente Social que é sua área de atuação, disse que seu principal papel relaciona-se ao trabalho com as famílias que precisam compreender as necessidades dos pacientes e os cuidados necessários para o sucesso do tratamento. Em linhas gerais falou sobre as importâncias dos CAPS que desinstitucionalizaram o tratamento aos pacientes de Saúde Mental, vendo este como um dos maiores sucessos dos tratamentos em saúde no século XX.

Posteriormente foi respondido um questionário pela Coordenadora de Saúde Mental do município de Ivaiporã na qual destacou que os investimentos nesta área iniciaram-se no ano de dois mil e nove, com o intuito de mudanças no que diz respeito ao modelo de saúde posto até aquele momento, tendo como pontos de atuação: a gestão, que são as discussões de políticas públicas voltadas à saúde mental.

A prevenção se dá na atuação intersetorial; assistência, que é a qualificação e implementação da mesma; a educação permanente consiste na capacitação dos profissionais, além do controle social, que é o fortalecimento de discussões sobre a saúde mental. Sobre esta abordagem, relatou que o município tem profissionais que atuam diretamente com os pacientes de saúde mental, porém é primordial o trabalho em conjunto com o CAPS, pois este tem base teórica e científica que ampara este trabalho.

Um dos pontos positivos que norteou o trabalho desenvolvido, relaciona-se ao destaque dado pela coordenadora ao trabalho em rede desenvolvido no município, pois notou que trabalhar em conjunto com as demais instâncias proporcionou um olhar diferenciado às necessidades dos pacientes com transtornos mentais, melhorando assim o atendimento em todos os locais em que este está inserido.

4.3.1- Fragilidades e desafios

De acordo com o dicionário Aurélio fragilidade significa: qualidade frágil, fraqueza, instabilidade. Neste contexto, foi perguntado aos entrevistados, quais as maiores fragilidades no que diz respeito à saúde mental no município de Ivaiporã, sendo destacado

dois pontos como primordiais: o primeiro diz respeito à estrutura física que precisa de ampliações e reformas e o segundo relaciona-se às capacitações, que muitas vezes restringem-se à troca de experiências e pesquisas na internet. Neste contexto, cabe reflexão:

Exige-se um profissional qualificado, que reforce e amplie a sua competência crítica; não só executivo, mas que pensa, analisa, pesquisa e decifra a realidade. Alimentado por uma atitude investigativa, o exercício profissional cotidiano tem ampliadas as possibilidades de vislumbrar novas alternativas de trabalho nesse momento de profundas alterações na vida da sociedade (IAMAMOTO, 2013, p. 49).

Outra fragilidade destacada diz respeito ao Financiamento/consórcio, pois são 16 municípios todos precisam acordar e quando foi pactuado esse CAPS eles não pactuaram junto com os municípios uma contra partida, o CAPS tem um recurso financeiro fixo, e eles pagam por todos os outros procedimentos na saúde, mas em relação ao CAPS não querem pagar pelos procedimentos, eles alegam que não usam esse serviço que o município deles não tem pacientes de CAPS. É muito complicado, não há contrapartida dos municípios (AS 2015).

4.3.2- Desafios

Após levantamento das fragilidades, foi perguntado aos entrevistados quais os maiores desafios no que diz respeito à Saúde mental no município de Ivaiporã onde foram destacados:

Fazer um real levantamento epidemiológico, levantando demanda, discutindo os casos intersetorialmente, visualizando a complexidade de se fazer a produção de saúde mental; acessarmos efetivamente as políticas públicas existentes, implantando NASF, CAPS, programa de geração de renda, equipes completas de CRAS, CREAS, Centro da Juventude; fazer mais efetivo aquilo que já nos é de direito seria o primeiro passo e um grande desafio; a construção de uma política de saúde mental voltada para a criança e o adolescente tem uma grande falha histórica no sistema de saúde mental municipal, que é a ausência e a inadequação destes serviços para crianças e adolescentes. (CO, 2015).

4.3.3- Estratégias de enfrentamento

Diante dos desafios e fragilidades apontados pelos profissionais, perguntamos acerca das estratégias de enfrentamento, na qual estes relataram que no que diz respeito a realidades posta, voltados a estrutura física, financiamento, capacitações e

efetivação das leis, trabalham em conjunto com os demais profissionais lutando pela efetivação de seus direitos, porém estes não podem ser motivos para deixarem que os serviços de saúde mental neste município sofram um retrocesso, neste contexto o trabalho é voltado ao atendimento das famílias no sentido de conscientizá-las da sua importância no tratamento, recuperação e qualidade de vida dos pacientes.

As intervenções são feitas em conjunto com os profissionais, onde primeiramente o paciente é tratado com muito respeito, sendo que suas necessidades deverão ser atendidas, em seguida a conscientização da família do trabalho em conjunto com este órgão, além da tentativa em despertar nos familiares o interesse pelos cuidados básicos com este sujeito, respeitando-se o sigilo (AS, 2015).

Além deste trabalho, são feitas reuniões com a equipe do CAPS para tratar de assuntos referentes aos pacientes, além de reuniões em rede quando necessário. (CAPS e demais instituições dos municípios).

Estas estratégias se fazem necessários para enfrentar as necessidades posta até o momento, fazendo com que, este serviço melhore cada vez mais no município de Ivaiporã (AS 2015).

4.3.4- Avanços

Ao perguntarmos para CO (2015) se estava sendo realizada capacitação para as equipes que estão envolvidas no atendimento em saúde mental, ela disse que sim, e que até o presente momento já foram realizadas quatro (04) Capacitações em saúde mental ofertadas pelo município (2009/2010/2011/2013) incluindo as diversas categorias profissionais, enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, com participação de outras instituições, CAPS, 22ª Regional de Saúde, Departamento Municipal de educação e Departamento Municipal de assistência social, conselho tutelar, INSS.

O I Encontro Municipal Intersetorial de Saúde Mental, ocorrido em Fevereiro de 2012, com a presença de diversos setores que atuam no atendimento em saúde mental principalmente com a demanda de álcool e drogas; I Encontro Regional de Saúde Mental (setembro de 2012) para discussão e planejamento da Rede de Atenção Psicossocial Regional; II Encontro Regional de Saúde Mental em agosto de 2013; Formação em saúde mental (crack, álcool e outras drogas) para técnicos/auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde da atenção básica em 2014 ofertados pela FIOCRUZ, projeto do qual fiz parte enquanto tutora (CO, 2015).

Segundo a CO (2015) apontou que houve avanços no modo de assistência que passou de curativista, hospitalocêntrico e médico centrado, (uma vez que a cultura de internação psiquiátrica na região é muito forte devido à proximidade de 04 hospitais psiquiátricos na região: Londrina, Maringá, Jandaia, Rolândia para uma saúde mental mais comunitária, compartilhada entre equipe de saúde da família, especialistas, pontos de atenção à saúde (postos de saúde, hospitais) e intersetorialidade (assistência social, educação, sistema de direitos, entre outros). Não significa que estamos trabalhando de forma perfeita, sem erros, pois o trabalho em saúde mental depende muito de uma postura profissional de acolhimento e trabalho em rede.

Avançamos na questão de educação permanente em saúde mental e enfrentamento à violência, fato que influencia diretamente a qualidade do atendimento das equipes de atenção básica, que passou a ter um olhar menos estigmatizado, melhorando a busca ativa, o acolhimento e acompanhamento dos casos.

Implantamos os programas de saúde mental, enfrentamento à violência e Comitê da Rede de Atenção Psicossocial por meio de portarias, contribuindo para a formulação de políticas públicas municipais. Neste ponto também tentamos acessar as políticas públicas estaduais e federais, fomos contemplados com recurso federal para implantação de núcleo de enfrentamento às situações de violência (projeto em execução), recurso para implantação de projeto Inclusão social pelo trabalho para usuários e familiares da rede de atenção psicossocial (recurso liberado, mas o projeto não está sendo executado devido a conflitos institucionais), e fomos aprovados no projeto de implantação de NASF, porém o recurso ainda não foi liberado.

Avançamos também na ampliação da rede de atenção psicossocial regional com a aprovação de implantação de mais 06 novos CAPS na região.

Avançamos na questão do controle social, tendo tema da saúde mental sendo discutida com mais propriedade nas conferências de saúde, assistência social, direitos da criança e do adolescente, educação, sobre drogas, entre outras (CO, 2015).

Entre os principais avanços destacados pelos entrevistados diz respeito ao cumprimento da legislação, pois, mesmo com falhas, o município de Ivaiporã vem atendendo os pacientes de Saúde Mental e isto vem evoluindo ano a ano. Outro avanço que merece destaque é a procura dos pacientes pelo CAPS e a inserção das famílias no acompanhamento do tratamento mesmo que a passos lentos.

Neste contexto, percebe-se que ambos entrevistados pontuam avanços positivos, porém há muito que se melhorar no que diz respeito à saúde mental no município

de Ivaiporã, no entanto, cabe ressaltar que, a partir do ano de 2008 (dois mil e oito), houve progressos significativos nesta área, não somente beneficiando este município, mas sim todos os atendidos pela 22ª Regional de Saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na finalização deste estudo faremos uma breve exposição de como se deu a pesquisa, os resultados obtidos e fecharemos com as considerações finais. Neste contexto este trabalho de conclusão do Curso de Serviço Social da Universidade Estadual de Maringá, Campos de Ivaiporã abordou a temática da Saúde Mental no município de Ivaiporã/Pr. Teve como questionamento norteador as questões relacionadas à análise das Políticas de Saúde Mental no Município, procurando averiguar se os direitos a proteção social das pessoas com transtornos mentais estavam sendo atendidas como propõe a legislação vigente. Para organizar a sondagem este documento foi dividido em três capítulos que promoveram um norte comparativo entre o real e necessário dentro desta Política Pública no município de Ivaiporã.

No primeiro capítulo expusemos um pouco da história da loucura e discorremos sobre os movimentos sociais que fizeram com que acontecesse a Reforma Psiquiátrica no Brasil, e mudasse a forma de tratamento aos doentes mentais. Realizamos também uma sondagem acerca do histórico do Serviço Social e Saúde Mental desde a sua entrada nesse universo, contextualizando a saúde mental com a atuação do Serviço Social. Também foi relatado com era o trabalho dos assistentes sociais nos hospitais psiquiátricos e como esse trabalho era desenvolvido. Nesta perspectiva esta contextualização norteou a pesquisa do segundo capítulo.

No segundo capítulo procuramos analisar o debate atual sobre saúde mental na visão de sete autores, podendo assim fazer um comparativo entre o que estes observaram e a realidade do município de Ivaiporã, podendo destacar as principais ideias de cada um.

Gentili (2011) relata que a Constituição de 1988 e a universalização e o acesso disponibilizado são insuficientes para prestar esses serviços a população, que grande parte da população foi deixado às margens da sociedade, mas que a LOAS está revertendo essa situação, com a inclusão do Serviço Social nas equipes de saúde mental do SUS, sendo o profissional com maior lastreio para o enfrentamento dessa situação.

Rosa e Campos (2013) realizaram uma pesquisa na região nordeste e sudeste, em dois CAPS para averiguarem como se comportavam a classe média e a classe baixa que necessitavam de atendimentos psiquiátricos pelo SUS.

Salles e Barros (2013) falam da exclusão/inclusão social que os usuários acometidos de algum tipo de transtorno mental encontram em sua vida cotidiana, como os hospitais psiquiátricos tratavam os pacientes que necessitavam de internamento, e também como a vida desses pacientes foram transformadas.

Fiorati e Saeki (2013) analisam como se realiza na área de saúde mental o tratamento com os pacientes deste serviço, procurando saber se estavam sendo tratados além da dimensão clínica e as ações psicossocial, sendo que era à base das orientações centrais que pregavam pela reforma psiquiátrica. Com isso avaliaram os serviços extra-hospitalares na saúde mental, se estavam sendo de fato substituindo o modelo hospitalocentrico, com base na interpretação de profissionais que estavam envolvidos nesse serviço, buscando identificar se esse modelo estaria sendo eficiente para os usuários e seus familiares.

Silva e Rosa (2014) apontaram que a família era considerada os cuidadores de seus entes com transtorno mental, e que elas também necessitam de cuidados, pois esse serviço provocava um desgaste emocional muito grande.

Gazignato e Silva (2014) relatam que, a atenção básica surgiria como um eixo estruturante do sistema, pois, além de ser “a porta de entrada”, coordenava e gerenciava os encaminhamentos e também integravam o trabalho por níveis de atenção, outros equipamentos e acompanha à saúde do paciente durante a vida.

Segundo Gazignato e Silva (2014), uma das finalidades do matriciamento em saúde mental é a integralidade, buscando a interlocução entre os aparelhamentos de saúde mental, um desse exemplo, são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e as Unidades de Saúde da Família (USAFA) com a intenção de organizar o serviço e as especialidades, o serviço e o processo de trabalho de uma forma horizontal, para que estas permeiam todo o campo das equipes de saúde.

Pinho et al (2014) discorreu sobre as mudanças importantes com a Reforma Psiquiátrica e que uma das principais mudanças relacionava-se à organização do trabalho em equipes e aos novos serviços de saúde mental.

Neste contexto, uma das mudanças mais significativas, com o advento da reforma psiquiátrica, estava na organização do trabalho em equipe nos novos serviços de saúde mental. Se no manicômio o que sustentava o trabalho era a ordem, isto é, a regulação das atividades de acordo com a autoridade médica, que disciplinava corpos e sujeitos, nos

serviços contemporâneos a lógica se inverte. Neles, vê-se o renascimento do diálogo e da inclusão das diferentes disciplinas como potencializadoras do cuidado na área. Levantando-se a loucura como um fenômeno social, multifatorial, não era possível atribuir a uma profissão toda a carga e o domínio sobre as demandas do outro. Era preciso compartilhar, trocar, dialogar, para compreender que o sofrimento possui múltiplos olhares e direções.

No terceiro capítulo, foi proposta uma discussão tendo como base uma entrevista e um questionário com profissionais que trabalham diretamente com os pacientes de Saúde Mental no município de Ivaiporã/Pr. A coleta de dados e posterior análise foram balizadas em torno da caracterização das instituições que prestam este serviço, fragilidades e desafios na prestação deste serviço, estratégias de enfrentamento e avanços até aquele momento. Diante das devolutivas, fizemos uma discussão que proporcionou diagnosticar o que é real e que ainda é necessário no que diz respeito à Saúde Mental no município de Ivaiporã. Neste contexto, percebemos avanços positivos no que diz respeito à saúde mental no município de Ivaiporã, porém há muito que se melhorar nesse serviço, no entanto cabe ressaltar que a partir do ano de 2008 (dois mil e oito) houve progressos significativos nesta área, não somente beneficiando este município, mas sim todos os atendidos pela 22ª Regional de Saúde.

Diante deste estudo foi possível compreender que as políticas de Saúde Mental no município de Ivaiporã/PR, estão atendendo o exigido pela legislação no que diz respeito à contratação da equipe multiprofissional. Houve grandes progressos no que diz respeito a esta modalidade de saúde, porém o número de profissionais e a estrutura física ainda são insuficientes para atender a demanda que dela necessita, portanto o real ainda está caminhando para o ideal.

6. REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. D. C. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

_____, **Saúde Mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado**. In: GIOVANELLA, L. et al. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

BARROS, Fernanda Otoni de. **Um Programa de Atenção ao Louco Infrator In**: Revista do Conselho de Criminologia e Política Criminal. Belo Horizonte. V.5. p. 1 a 162. Dez/ 2002.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e saúde mental**: uma análise institucional da prática. 3. ed. - São Paulo: Cortez, 2011.

_____, **Uma análise da pratica do Serviço Social e saúde mental**. In: Revista Serviço Social e Sociedade, n. 82, São Paulo: Cortez, 2005.

BRASIL, Decreto-lei nº 10.216, 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre os direitos dos Portadores de Transtorno Mental**. Ministério da Saúde: 2001.

_____, Decreto-lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**.

_____, Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília Ministério da Saúde: 2004.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. **Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Ministério da Saúde. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental, novembro de 2005. Ministério da Saúde, 2005.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5, ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. **Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento

apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

CARVALHO, Kildare Gonçalves. **Direito constitucional**. 14 ed., rev. atual. e ampl. Belo Horizonte: Del Rey, 2008.

CFESS. **Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais**. Brasília: CFESS, 1993.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde**. Brasília, 2009.

FIORATE, Regina Célia, SAEKI, Toyoko. **As dificuldades na construção do modo de atenção psicossocial em serviços extra-hospitalares de saúde mental**. Saúde em Debate Rio de Janeiro: v. 37, n. 97, p. 305-312, abr./jun. 2013. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-1042013000200012&script=sci_abstract&tlng=es> Acesso em 08 de setembro de 2015.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. {1961} 2º ed. São Paulo; Perspectiva, 1987, p.328.

GAZIGNATO, Elaine Cristina da Silva, SILVA, Carlos Roberto de Castro e. **Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família**. Saúde Debate Rio de Janeiro: v. 38, n. 101, p. 296-304, abr-jun 2014. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n101/0103-1104-sdeb-38-101-0296.pdf>> Acesso em 20 de setembro de 2015.

GENTILLI, Raquel de Mattos Lopes. **Desigualdades Sociais, Subjetividade e Saúde Mental: desafio para o Serviço Social**. SER Social, Brasília: v. 13, n. 28, p. 210-230, jan./jun 2011. Disponível em < http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/viewFile/5626/4674> Acesso em 20 de agosto de 2015.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5ª Ed. São Paulo: Atlas, 1999.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 2013.

_____. **Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade**. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Atribuições privativas do (a) Assistente Social. Brasília, DF: CFESS, 2002.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social: Identidade e alienação**. 14 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.) **Pesquisa social**. Petrópolis: Vozes, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2004). **Legislação em saúde mental: 1990-2004** (Série E). Brasília: PARANÁ. Comissão Estadual de Saúde Mental. Normas de atendimento em saúde mental complementares à Portaria N° 224/92/MS. Curitiba: CESM, 1999. Secretaria-executiva de Atenção à Saúde.

OLIVEIRA, Lilian T Candia, CECILIO, Maria Aparecida. **EDUCAÇÃO E CIDADANIA EM TRÊS EIXOS: enquanto valor econômico, gnosiológico e ético político**. 2015. Disponível em < <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/cadernos-de-pesquisa/article/view/3904/2048>> Acesso em 01 de novembro de 2015.

OLIVEIRA, Maria Marly de. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2008.

PINHO LB; KANTORSKI LP; OLSCHOWSKY A; SCHNEIDER JF, LACCHINI AJB. - **Ideologia e saúde mental: análise do discurso do trabalhador no campo psicossocial**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2014 Jan-Mar; 23(1): 65-73. Disponível em < http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00065.pdf> Acesso em 15 de setembro de 2015.

REINALDO, Amanda Márcia dos Santos. **Saúde Mental na Atenção básica como processo histórico de evolução da psiquiatria comunitária**, Esc. Anna Nery Revista de Enfermagem, março, 2008. Disponível em < www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext...81452008000100027> Acesso em 20 de agosto de 2015.

ROBAINA, Conceição Maria Vaz. **O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental**. (2010), Serviço Social e Sociedade. n° 102. São Paulo Abril/Junho. 2010. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n102/a08n102.pdf> > Acesso em 04 de setembro de 2015.

ROSA, Lucia C. dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família**. 5 ed. São Paulo, Cortez, 2011.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos, CAMPOS, Rosana Tereza Onocko. **Saúde mental e classe social: CAPS, um serviço de classe e interclasses**. Serv. Soc. Soc. São Paulo: n. 114, p.331-331, abr./jun. 2013. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n114/n114a06.pdf> > Acesso em 04 de setembro de 2015.

SALLES, Mariana Moraes, BARROS, Sonia. **Transformações na atenção em saúde mental e na vida cotidiana de usuários:** do hospital psiquiátrico ao Centro de Atenção Psicossocial, *Saúde em Debate*• Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 324-335, abr./jun. 2013. Disponível em< <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n97/v37n97a14.pdf>> Acesso em 04 de setembro de 2015.

SILVA, Ellayne Karoline Bezerra da, ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Desinstitucionalização Psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado?** *R. Katál.*, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 252-260, jul./dez. 2014. Disponível em< <http://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/32628>> Acesso em 05 de setembro de 2015.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Saúde mental e Serviço Social:** o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 5 ed. São Paulo, Cortez, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A

1 – ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA

I - CARACTERIZAÇÃO DO PROFISSIONAL

- 01 - QUAL A SUA FORMAÇÃO PROFISSIONAL?
- 02 - QUE ANO VOCÊ SE FORMOU? QUAL INSTITUIÇÃO/ESTADO?
- 03 - ONDE FOI SEU PRIMEIRO EMPREGO COMO ASSISTENTE SOCIAL?
- 04 - TRABALHA COMO ASSISTENTE SOCIAL HÁ QUANTO TEMPO?
- 05 - QUANTO TEMPO NESTE CAPS?
- 06 - QUAL SEU VÍNCULO EMPREGATÍCIO?
- 07 - VOCÊ TEM AUTONOMIA EM SEU CAMPO DE TRABALHO?
- 08 - QUAL SUA CARGA HORÁRIA?

II – ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS).

- 09- TRABALHA APENAS AQUI NO CAPS, OU POSSUI OUTRO VÍNCULO DE TRABALHO?
- 10- DESDE QUANDO TEM ATENDIMENTO DE SAÚDE MENTAL EM IVAIPORA?
- 11- QUAL A DEFINIÇÃO DE SAÚDE MENTAL PARA VOCÊ, E QUAL SUA COMPREENSÃO SOBRE A ATUAL POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL?
- 12- VOCÊ OBSERVA QUE OCORRERAM MUDANÇAS SIGNIFICATIVAS AO LONGO DOS ANOS, NO QUE DIZ RESPEITO À FORMA DE SE GERIR A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL?
- 13 – QUE TIPO DE DEMANDAS É ENCAMINHADO PELOS GESTORES E OUTROS PROFISSIONAIS DA SAÚDE, PARA O SERVIÇO SOCIAL DO CAPS?
- 14 - QUAIS AS PRINCIPAIS DEMANDAS PARA O SERVIÇO SOCIAL POR PARTE DOS USUÁRIOS?
- 15- A ÁREA FÍSICA E DE PROFISSIONAIS DA INSTITUIÇÃO É SUFICIENTE PARA ATENDER ESSAS DEMANDAS?

16- VOCÊ OBSERVA ALGUM TIPO DE CONFLITO ENTRE OS INTERESSES USUÁRIOS E INSTITUIÇÃO? SE SIM, COMO VOCÊ SE COLOCA DIANTE DO CONFLITO ENTRE INTERESSES E DEMANDAS INSTITUCIONAIS E DOS INTERESSES E DEMANDAS DOS USUÁRIOS?

17 - QUAIS AS PARTICULARIDADES DA INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NOS CAPS, E COMO CHEGAM ESSES USUÁRIOS?

18- CONTE-ME SOBRE SUA INTERVENÇÃO. E COMO É O SEU TRABALHO?

19- A EQUIPE TÉCNICA DISCUTE OS CASOS INDIVIDUAIS? O SERVIÇO SOCIAL CONTRIBUI NESSA DISCUSSÃO? COMO?

20- NO QUE SE REFERE AO SIGILO PROFISSIONAL, A INSTITUIÇÃO PROPICIA ESPAÇOS ONDE O SIGILO É RESPEITADO? DE QUE FORMA?

21 - QUAIS SÃO AS SUAS CONDIÇÕES DE TRABALHO NO QUE SE DIZ RESPEITO AOS EQUIPAMENTOS? E INCENTIVO A FORMAÇÃO?

22 – NORMALMENTE PARA QUAIS INSTITUIÇÕES OS USUÁRIOS SÃO ENCAMINHADOS? HÁ ARTICULAÇÃO COM A REDE?

23- COMO SE DÁ O TRABALHO COM OS MOVIMENTOS SOCIAIS, E COM AS ORGANIZAÇÕES DE USUÁRIOS E DE FAMILIARES?

24- COMO VOCÊ OBSERVA O TRABALHO NO CAPS EM RELAÇÃO AO CONSORCIO DOS 16 MUNICIPIOS?

APÊNDICE B
2- QUESTIONÁRIO

III- CARACTERIZAÇÃO DO PROFISSIONAL

01 - QUAL A SUA FORMAÇÃO PROFISSIONAL?

02 - QUE ANO VOCÊ SE FORMOU?

03 - QUANTO TEMPO ESTÁ NA COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL AQUI EM IVAIPORÃ? EXERCE OUTRAS FUNÇÕES?

04 - QUAL SEU VÍNCULO EMPREGATÍCIO?

05 - O SEU GESTOR EXERCE ALGUMA INFLUÊNCIA NO SEU TRABALHO?

06- VOCÊ TEM AUTONOMIA COMO COORDENADORA DE SAÚDE MENTAL AQUI NO MUNICÍPIO?

IV – ATUAÇÃO DA COORDENADORA DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA.

07- COMO É ORGANIZADO O ATENDIMENTO AS PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA, INCLUINDO OS PSF?

08 - E ESSA ESTRUTURA E O QUADRO DE FUNCIONÁRIOS DO MUNICÍPIO COMPORTAM A DEMANDA? E CONSEGUIE GARANTIR O ATENDIMENTO COM QUALIDADE DAS PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL?

09- QUAIS SÃO OS TRANSTORNOS MENTAIS MAIS RECORRENTES NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE?

10- EXISTE UM TRABALHO DO PROFISSIONAL DE SERVIÇO SOCIAL NO ATENDIMENTO DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA?

11- EXISTE ALGUM TREINAMENTO/CAPACITAÇÃO PARA AS EQUIPES QUE ESTÃO ENVOLVIDAS NESSE ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL?

12- COMO É A ARTICULAÇÃO E ENCAMINHAMENTO DAS EQUIPES DE SAÚDE MENTAL COM OS CAPS?

13- QUAIS OS PRINCIPAIS AVANÇOS E MUDANÇAS QUE VOCÊ PERCEBE NO MUNICÍPIO DE IVAIPORÃ, DESDE QUE VOCÊ ASSUMIU?

14- COMO ESTÁ ESSE DESAFIO?

15- E O QUE PRECISA MELHORAR AQUI NO MUNICÍPIO DE IVAIPORÃ?

APÊNDICE C



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
Curso de Serviço Social

3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada Colaboradora:

Por meio deste instrumento você está sendo convidado a participar da pesquisa, conduzida por CLAUDETE APARECIDA PITTA BOLIM graduanda em Serviço Social na Universidade Estadual de Maringá- UEM, intitulada, “A Saúde Mental no Município de Ivaiporã-Pr: os limites e possibilidades para sua efetivação.

Este estudo tem por objetivo analisar se a Política de Saúde Mental desenvolvida no município de Ivaiporã, PR, efetiva os direitos e a proteção social das pessoas com transtorno mental. O desenvolvimento deste estudo divide-se em duas fases, sendo a primeira, revisão de literatura especializada da área em nível geral, seguidas pela revisão do contexto específico do surgimento da temática e pesquisa de campo, na qual será realizada a aplicação do questionário e entrevistas, por meio dos quais se poderão obter as devolutivas significativas para a presente investigação e a sistematização e escrita do relatório final.

Sendo que ao final deste documento você deverá assinar, entregando uma via ao pesquisado e guardando outra com você. Sua participação não envolverá nenhuma despesa ou gratificação, em caso de recusa, não sofrerá nenhum transtorno ou penalidade, bem como poderá retirar seu consentimento em qualquer momento.

Caso a questão lhe traga algum constrangimento, você tem toda a liberdade para não respondê-la, sem nenhuma penalidade por isso. Sua participação colaborará para ampliar estudos na área de avaliação de políticas públicas na área da saúde mental, bem com a possibilidade de melhorias para a sociedade.

A pesquisa somente se realizará perante o aceite do participante selecionados, legitimado pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, mantendo o sigilo de sua identidade. Em caso de qualquer dúvida, pode entrar em contato com a Orientadora Responsável, Prof. M. Lilian T Candia de Oliveira por meio do telefone (43) 9861-2543 ou pelo e-mail: lilian.candia@hotmail.com. E com a pesquisadora Claudete Aparecida Pitta Bolim por meio do telefone (44)9946-2000 ou pelo e-mail: cida.cacau@hotmail.com.

Agradeço sua colaboração.

Ivaiporã/PR____/10/2015.

Assinatura do Participante

Pesquisador Responsável

APÊNDICE D



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
Curso de Serviço Social

4- CARTA DE APRESENTAÇÃO

Prezada Colaboradora

Venho apresentar a PESQUISA DA ACADEMICA CLAUDETE APARECIDA PITTA BOLIM graduanda em serviço social na Universidade Estadual de Maringá- UEM, intitulada, “A Saúde Mental no município de Ivaiporã-Pr: os limites e possibilidades para sua efetivação”, sob minha orientação, visto que para o desenvolvimento do mesmo sua participação é indispensável. Este estudo tem por objetivo analisar se a Política de Saúde Mental desenvolvida no município de Ivaiporã, PR, efetiva os direitos e a proteção social das pessoas com transtorno mental. Para o desenvolvimento deste estudo, buscou-se um referencial teórico-metodológico que fundamentasse as análises empíricas da pesquisa o que levou a opção pela metodologia qualitativa e para fins didáticos divide -se a presente pesquisa em três fases, sendo que a primeira a revisão de literatura especializada da área em nível geral, seguidas pela revisão do contexto específico do surgimento da temática e pesquisa de campo, na qual, será realizada a aplicação dos questionários e entrevistas, por meio dos quais se poderão obter as devolutivas significativas para a presente investigação e a sistematização e escrita do relatório final.

É oportuno destacar que uma vez aceitando participar dessa pesquisa o SEU NOME NÃO SERÁ IDENTIFICADO, garantindo-se, portanto, o sigilo sobre sua identidade. Dúvidas e sugestões podem ser encaminhadas por meio do contato com a graduanda ou com a sua orientadora: Claudete Aparecida Pitta Bolim- cida.cacau@hotmail.com (44) 9946-2000 Lilian T. Candia de Oliveira – lilian.candia@hotmail.co m (43) 98612543.

ANEXOS

ANEXO A

RELATÓRIOS DOCX WEB

Título: CAPITULO1 E 2 Data: Nov 26, 2015 11:03:57 AM

WEB Dicas

Autenticidade em relação a INTERNET

Autenticidade Calculada: **88 %**

Autenticidade Total: 76 %

Ocorrência de Links

Ocorrência Link

3%	http://www.ufjf.br/ppgservicosocial/files/2012/05/priscila.pdf
3%	http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf
2%	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000200014
2%	http://www.f7.edu.br/recursos/imagens/File/direito/ic2/vi_encontro/REFORMA_PSIQUIATRICA_E_POLITICAS_PUBLICAS_DE_SAUDE
2%	http://www.convibra.com.br/dwp.asp?id=4140&ev=24
2%	http://portal.virtual.ufpb.br/biblioteca-virtual/files/politica_de_saude_mental_do_sistema_anico_de_saude_sus_avaliando_a_politica_de_saude_mental_no_centro_de_at
2%	http://psicologogeofilho.no.comunidades.net/index.php?pagina=1769586659_10
2%	http://psicologogeofilho.do.comunidades.net/index.php?pagina=1769586659_10
2%	http://www.abrasme.org.br/arquivo/download?ID_ARQUIVO=3711
2%	http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf
1%	http://www.ebah.com.br/content/ABAAAACfgAE/reforma-psiQUIATRICA
1%	http://www.ebah.com.br/content/ABAAAAXPUAK/reforma-psiQUIATRICA
1%	http://www.ebah.com.br/content/ABAAAABBiYAA/relatorio-15-anos-caracas
1%	http://www.uesb.br/ppgenfsaude/dissertacoes/turma2/DISSERTACAO-JULIANA-COSTA-MACHADO.pdf
1%	http://www.ebah.com.br/content/ABAAAAS0AD/reforma-psiQUIATRICA
1%	http://www.redehumanizasus.net/66195-a-reforma-ainda-continua
1%	http://www.slideshare.net/multicentrica/reforma-psiQUIATRICA-e-politica-de-saude-mental
1%	http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio15_anos_caracas.pdf
1%	http://www.uece.br/cmactlis/dmdocuments/ana_zaiZ.pdf.pdf
1%	http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/download/16397/10876
1%	http://artigos.psicologado.com/psicologia-geral/historia-da-psicologia/historia-da-assistencia-a-saude-mental-no-brasil-da-reforma-psicossocial
1%	http://www.webartigos.com/artigos/servico-social-em-saude-mental/52341/
1%	http://www.webartigos.com/artigos/um-olhar-teorico-pratico-sobre-o-acolhimento-no-centro-de-atencao-psicossocial-caps-iii-de-bar
1%	http://www.saude.sp.gov.br/humanizacao/areas-tematicas/saude-mental
1%	http://www.ufjf.br/petpsicologia/files/2010/03/Jornal-Pronto.pdf
1%	https://artigos.psicologado.com/psicologia-geral/historia-da-psicologia/historia-da-assistencia-a-saude-mental-no-brasil-da-reforma-psicossocial
1%	http://www.slideshare.net/ClaudiaComaru/caps-governo
1%	http://www.ebah.com.br/content/ABAAAAWoMAB/saude-mental-sus

Texto Pesquisado

O presente estudo foi desenvolvido como Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social na Universidade Estadual de Maringá, Campos de pesquisa bibliográfica e de campo de cunho qualitativa, na qual percebeu-se que na atualidade a questão da saúde mental tornou-se um assunto bastante estudado na área, existindo leis, decretos e portarias que garantiram legalmente os direitos das pessoas com transtorno mental, direitos estes, do populares.

Esta pesquisa teve por objetivo analisar a Política de Saúde Mental no Município de Ivaiporã/Pr, procurando averiguar se os direitos à proteção estavam sendo atendidos como propõe a legislação vigente. Para atender aos objetivos da sondagem foi desenvolvido um paralelismo capitular sobre a história da loucura e movimentos sociais que proporcionaram o acontecimento da Reforma Psiquiátrica em contextos mundial e nacional, além de o universo. No segundo capítulo, foram analisados artigos que trataram de temas ligados à legislação e universalização do acesso aos serviços públicos levantamentos sobre os comportamentos de diferentes classes sociais usuários deste serviço público, a dimensão clínica e ações psicossociais com base famílias dos pacientes com transtornos mentais, o matriciamento em saúde mental, buscando a interlocução entre o aparelhamento desta necessidade equipe, buscando o sucesso deste no que diz respeito à saúde mental. Já no terceiro capítulo, foram entrevistados profissionais do CAPS e da Coordenação de Saúde Mental de Ivaiporã, objetivando relatar quais fragilidades, desafios, estratégias de enfrentamento e avanços em saúde mental há neste município.

O interesse pelo tema justificou-se pelas inquietações pessoais, profissionais e pessoais da pesquisadora, tendo em vista que é um assunto premente, que necessitou deste atendimento por longos anos. Com a pesquisa acadêmica, vi grandes

Título: CAPITULO 3 Data: Nov 27, 2015 12:38:37 AM

WEB Dicas

Autenticidade em relação a INTERNET

Autenticidade Calculada: **90 %**

Autenticidade Total: 75

Ocorrência Link

7%	http://www.abrasme.org.br/arquivo/download?ID_ARQUIVO=3711
7%	http://psicologogefilho.no.comunidades.net/index.php?pagina=1769586659_10
7%	http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf
7%	http://psicologogefilho.do.comunidades.net/index.php?pagina=1769586659_10
6%	http://portaldoprofessor.mec.gov.br/storage/materiais/0000015957.pdf
3%	http://www.amprs.org.br/conicrack/oficina8/of8-apresentacao-caps.pdf
3%	http://www.esp.ce.gov.br/index.php?option=com_phocadownload&view=category&download=1203:perfil-do-consumo-dos-medicame
3%	assistncia-farmacutica
3%	http://www.webartigos.com/artigos/um-olhar-teorico-pratico-sobre-o-acolhimento-no-centro-de-atencao-psicossocial-caps-iii-de-barb
3%	http://crppr.org.br/download/176.pdf
2%	http://www.mpggo.mp.br/portal/arquivos/2013/07/30/11_49_07_589_termo_de_compromisso_e_ajustamento_de_conduta___criacao
2%	http://www.ufjf.br/ppgservicosocial/files/2012/05/priscila.pdf
2%	http://www.maxwell.lambda.ele.puc-rio.br/16958/16958_4.PDF
2%	http://www.slideshare.net/ClaudiaComaru/caps-governo
2%	http://www.aurora.ce.gov.br/noticias/texto.asp?id=3257
2%	http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/tese_carlos_gama.pdf
2%	http://www.portalsaofrancisco.com.br/alfa/outubro/dia-mundial-da-saude-mental.php
1%	http://www.slideshare.net/carinh/saude-mental-no-sus
1%	http://www.slideshare.net/dacirmartins/manual-do-caps
1%	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf
1%	http://www.slideshare.net/edisonenf/sm-suspdf-caps-saude-mental-irajanoite
1%	http://monografias.brasilecola.com/saude/saude-mental.htm
1%	http://www.webartigos.com/artigos/servico-social-em-saude-mental/52341/
1%	http://www.fundace.org.br/cooperativismo/arquivos_pesquisa_ica_la_2008/119-gigante.pdf
1%	http://www.santamarcelina.org/aps/saude-mental.asp
1%	http://portal.virtual.ufpb.br/biblioteca-virtual/files/politica_de_saade_mental_do_sistema_anico_de_saade_sus_avaliando_a_politica_de_saade_mental_no_centro_de_at
1%	http://www.ebah.com.br/content/ABAAAwoMAB/saude-mental-sus
1%	http://www.convencionosalud2012.sld.cu/index.php/convencionosalud/2012/paper/viewFile/600/268
1%	http://portal.saude.pe.gov.br/salasuacao/capsdescricao.html
1%	http://www.ebah.com.br/content/ABAAAfx68AD/tcc-pratica-profissional-assistente-social-no-cras-porto-real?part=4
1%	http://www.ebah.com.br/content/ABAAA5BwAE/manual-caps?part=2
1%	http://www.saudepalhoca.sc.gov.br/file/textos/0502f209ffaaa7f7efc7e7c4f588ffb5.doc
1%	http://www.ucpel.tche.br/portal/?secao=serv_caps
1%	http://www.ucpel.tche.br/portal/index.php?secao=serv_caps
1%	http://www.ucpel.edu.br/portal/?secao=serv_caps
1%	http://www.nhu.ufms.br/Bioetica/Textos/Sade Mental/SADE MENTAL NO SUS.ppt
1%	http://bigua02.wordpress.com/2009/12/22/caps/
1%	http://200.18.45.28/sites/ppgp/docs/2011/Moises.pdf
1%	http://bdm.bce.unb.br/bitstream/10483/5917/1/2013_EricKleberRochaLopes.pdf
1%	http://1pjpalhoca.blogspot.com/2012/01/capsad-e-nasf-termo-de-ajustamento-de.html
1%	http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29797
1%	http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29797&janela
1%	http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39_Portaria_336_de_19_02_2002.pdf
1%	http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria336.pdf
1%	http://www.slideshare.net/bruceweine/sade-menta-ana-paola-3056941
1%	http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-336.htm
1%	http://monografias.brasilecola.com/direito/alcoolismo-na-familia-uma-analise-sobre-impacto-social.htm