

**INSTITUTO ENSINAR BRASIL
FACULDADES UNIFICADAS DE TEÓFILO OTONI**

**ANELIZA RODRIGUES DE SOUSA
THAMARA DE ARAÚJO TEIXEIRA**

**A PRÁTICA PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NO CAPS ad DO MUNICÍPIO
DE TEÓFILO OTONI-MG**

**TEÓFILO OTONI
2017**

**ANELIZA RODRIGUES DE SOUSA
THAMARA DE ARAÚJO TEIXEIRA
FACULDADES UNIFICADAS DE TEÓFILO OTONI**

**A PRÁTICA PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NO CAPS ad DO MUNICÍPIO
DE TEÓFILO OTONI-MG**

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Serviço
Social das Faculdades Unificadas de
Teófilo Otoni, como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharel em
Serviço Social.**

**Área de Concentração: O Serviço
Social no CAPS ad.**

**Orientadora: Prof.^a Romilda Aparecida
Nepomuceno**

**TEÓFILO OTONI
2017**

FACULDADES UNIFICADAS DE TEÓFILO OTONI

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho de Conclusão de Curso intitulado: A PRÁTICA PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NO CAPS ad, elaborado pelas alunas, ANELIZA RODRIGUES DE SOUSA e THAMARA DE ARAÚJO TEIXEIRA, foi aprovada por todos os membros da Banca Examinadora e aceita pelo curso de Serviço Social das Faculdades Unificadas de Teófilo Otoni, como requisito parcial da obtenção do título de

BACHAREL EM SERVIÇO SOCIAL.

Teófilo Otoni, _____ de _____ 20_____

Prof. Orientador

Prof. Examinador 1

Prof. Examinador 2

AGRADECIMENTOS

À Deus por ter nos concedido sabedoria e força para superar as dificuldades.

Aos nossos mestres que nos oportunizaram a jornada que hoje vislumbramos um horizonte superior.

À nossa orientadora Romilda Nepomuceno pelo suporte, pelas suas correções e incentivo.

À nossa família pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

Agradecemos a todos que fizeram parte da nossa formação, o nosso muito obrigada...

ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO- Associação Brasileira de Saúde Coletiva

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CAPS ad- Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas

CEBES- Centro Brasileiro de Estudos e Saúde

CEO- Centro de especialidade Odontológica

CNES- Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

COI- Centro de Orientação Infantil

COJ- Centro de Orientação Juvenil

ECA- Estatuto da Criança e do Adolescente

ESF- Estratégia de Saúde da Família

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS- Instituto Nacional de Previdência Social

NAPS- Núcleos de Atenção Psicossocial

NASF- Núcleos de Apoio a Saúde da família

NOAS- Norma Operacional de Assistência à Saúde

PDR- Plano Diretor de Regionalização

RAPS- Rede de Atenção Psicossocial

RAS- Rede de Atenção à Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

UPA- Unidade de Pronto Atendimento

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso aborda a atuação do profissional de Serviço Social em Saúde mental, identificando sua prática profissional desenvolvida no CAPS ad do município de Teófilo Otoni- MG. A motivação deste trabalho se deu devido ao grande interesse e curiosidade na área da saúde mental e também com a realização do estágio supervisionado neste campo de atuação. O trabalho trás um resgate histórico acerca da reforma psiquiátrica e sanitária no Brasil, apresentando um breve histórico sobre a política de saúde mental no Brasil e discorrendo acerca das competências e atribuições do assistente social na saúde e dentro dos Centros de Atenção Psicossocial-CAPS e suas especificidades. Inicialmente foram criados os hospícios, como forma de excluir os pacientes mentais da sociedade, com a Reforma Psiquiátrica surgem novas práticas para lidar com essa questão, oferecendo tratamento ao paciente de forma a promover a sua reinserção a sociedade. Com isso, o Serviço Social passa a compor a equipe da saúde mental atuando diretamente com os pacientes e seus familiares.

Palavras-Chave: Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica, Serviço Social, CAPS ad.

ABSTRACT

This Course Conclusion Paper addresses the work of the Social Work professional in mental health, identifying his professional practice developed in the CAPS ad of the municipality of Teófilo Otoni- MG. The motivation of this work was due to the great interest and curiosity in the area of mental health and also to the accomplishment of the supervised internship in this field. This work presents a historical review of the psychiatric and health reform in Brazil, presenting a brief history of the mental health policy in Brazil and discussing the competencies and attributions of the social worker in health and within the Psychosocial Care Centers-CAPS and its specificities. Initially hospices were created as a way to exclude mental patients from society; with the Psychiatric Reform new practices to deal with this issue arise, offering treatment to the patient in order to promote their reintegration into society. With this, the Social Service becomes part of the mental health team acting directly with patients and their families.

Key words: Mental Health, Psychiatric Reform, Social Work, CAPS ad.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE E SAÚDE MENTAL.....	9
2.1 Reforma Sanitária no Brasil.....	9
2.2 Reforma Psiquiátrica e uso de Álcool e Drogas no Brasil.....	13
2.3 O Serviço Social e Saúde Mental no Brasil.....	20
3. SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL EM TEÓFILO OTONI-MG.....	24
3.1 Rede de Atenção á Saúde Mental de Teófilo Otoni.....	24
3.2 O CAPS ad: Uma análise de atuação profissional.....	27
4 METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS TÉCNICOS DA PESQUISA.....	33
4.1 Classificação da pesquisa.....	33
4.2 Procedimento de coleta das fontes literárias.....	33
4.3 Formas de análise e interpretação das informações.....	33
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
REFERÊNCIAS.....	36

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo aborda a atuação profissional de Serviço Social na área da saúde mental, tendo como referência o Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPS ad) do município de Teófilo Otoni-MG. Tem por finalidade analisar e descrever o papel do assistente social dentro desses espaços sócio institucionais e conseqüentemente apresentar a contribuição deste profissional para a reinserção do paciente mental à sociedade.

Os objetivos específicos deste trabalho são: analisar as demandas institucionais do assistente social do CAPS ad do município de Teófilo Otoni-MG, conhecer os serviços ofertados pelo Centro de Atenção Psicossocial e compreender a necessidade da prática profissional do serviço social dentro do CAPS ad do município.

De forma metodológica o trabalho apresenta uma revisão bibliográfica que discorre acerca da saúde mental no Brasil, retratando desde a criação dos hospícios, passando pela reforma psiquiátrica até os dias atuais nos centros de Atenção Psicossocial.

No entanto, para relatar acerca desta realidade foi necessário romper com preconceitos sociais e culturais que a sociedade detém, sendo que no imaginário popular a pessoa portadora de transtornos mentais ainda causa a ameaça e perigo, em função das ações e reações de seu comportamento antissocial, entendido muitas vezes como desvio social.

Numa perspectiva humanística, o portador de transtornos mentais é outro de nós e deve ser tratado como tal, é uma visão que deve ser ampliada, na perspectiva dos sujeitos de direitos sociais, é preciso respeito ao indivíduo que se encontra à margem da sociedade e excluído do convívio social.

O trabalho também discorre acerca da questão do uso abusivo de álcool e outras drogas, mostrando os resultados desta prática para o indivíduo e para a sociedade fazendo uma correlação com o sistema capitalista.

Assim, o estudo permitiu uma compreensão da importância do Serviço Social junto ao CAPS ad do município de Teófilo Otoni-MG que trabalha em uma perspectiva de desenvolvimento de autonomia e cidadania dos usuários.

CAPITULO I

2 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE E SAÚDE MENTAL

2.1 Reforma Sanitária no Brasil

Antes de dar início acerca da trajetória da Reforma Sanitária no Brasil, será necessário remeter-se á acontecimentos que antecederam esta reforma, acontecimentos nos quais serão citados de acordo com o desenvolvimento deste trabalho.

Assim, faz-se necessário discorrer a respeito do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), órgão criado em 1966, unificando todos os Institutos de Aposentadorias e Pensões, nomenclatura que foi dada às Caixas de aposentadorias e pensões criada em 1923 pela Lei Eloi Chaves.

O INPS foi encarregado da manutenção e concessão de benefícios (pensão por morte, invalidez, aposentadorias e outros) a empregados e empregadores urbanos e rurais. Para substituí-lo, após vários períodos de crises deficitárias foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1977, voltado para a atenção médica e hospitalar dos trabalhadores. Separou-se assim a parte das funções de aposentadorias que ficou com o INPS.

Nos anos de existência do INAMPS o Brasil transitou um sistema de saúde fragmentado voltado para a prestação de serviço médico-hospitalar a clientelas previdenciárias, impulsionando assim a insatisfação da população e profissionais, levando à uma reflexão da necessidade de uma reforma sanitária no país.

A Reforma Sanitária no Brasil teve início na década de 1970, onde se destacou com seu percurso na luta por direitos sociais no Brasil e unindo atores sociais diversificados tais como; professores, trabalhadores da saúde, entidades religiosas e associações comunitárias. Traz em seu bojo processos de descentralização dos serviços vistos como essenciais para a reorganização do sistema público de saúde e ao processo de redemocratização do país, estabelecendo novas relações e transformações institucionais entre as três esferas do governo. Sonia Fleury aponta que:

O movimento propunha mudanças na própria lógica do processo de trabalho em saúde, visando à substituição do modelo hegemônico vigente centrado na assistência médico-hospitalar, individual, assistemática, fragmentada, excludente e sem garantia de qualidade, pela adoção de um modelo de assistência integral que compreendesse serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, de forma equânime e regionalizada, que possibilitasse o acesso universal. (PAIM, 1992, apud FLEURY, 1997, p.13).

Em 1979, no mês de setembro, era criada a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), como forma de organização dos programas de pós-graduação no campo da saúde pública, da medicina social e da saúde coletiva, trazendo em seguida a realização do primeiro Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, um evento que reuniu as principais lideranças do movimento.

As discussões ocorridas nesse encontro tomaram como base um texto produzido pelo Centro Brasileiro de Estudos e Saúde (Cebes) e por pesquisadores do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, que buscava sintetizar as principais reivindicações do movimento sanitário. O sanitarista Sérgio Arouca o define:

O projeto da Reforma é o da civilização humana, é um projeto civilizatório, que para se organizar precisa ter dentro dele princípios e valores que nós nunca devemos perder, para que a sociedade com um todo possa um dia expressar estes valores, pois o que queremos para a saúde é o que queremos para a sociedade brasileira (AROUCA, 2001, p.6).

A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) traziam uma construção de identidade em torno de uma área de conhecimento batizada no Brasil como saúde coletiva onde defenderam a participação social; no lugar de políticas de controle das doenças, notadamente transmissíveis, a promoção da saúde e melhoria da qualidade geral de vida; no lugar de um setor dividido entre saúde pública e medicina previdenciária, um sistema unificado e universal.

O progressivo desenvolvimento de ações no campo da saúde veio trazendo melhorias no atendimento e diminuindo gastos com recursos que tendia a demandar quadros técnico-científicos, que nem sempre estavam imediatamente disponíveis nas agências estatais, trouxe assim uma escassez de competências que propiciaria um grande acesso aos postos da burocracia técnica estatal para um contingente de

profissionais com posições inovadoras com cunho progressista trazendo um movimento pela reforma do sistema de saúde como oposição ao regime ora vigente no país.

Já no início da década de 1980 surgiram novas iniciativas que possibilitaram visibilidade aos temas de saúde, uma das primeiras foi à sétima Conferencia Nacional de Saúde (CNS), organizada em março de 1980 entre os profissionais de saúde para difundir informações e facilitar as relações deles com as instâncias estaduais.

Com o encerramento do regime militar, o Congresso começa o processo de redemocratização do país. A partir da grande mobilização da sociedade pela reforma do sistema de saúde, foi convocada a VIII Conferencia Nacional de Saúde em 1986, que se transformou no marco da Reforma Sanitária no país, onde seus grupos e assembleias foram aprovados as principais demandas do movimento sanitarista, que deram todo o direcionamento para o processo da reforma sanitária no país. Esse movimento foi definido como:

O movimento sanitário não é um grupo de interesses e nem é formado por grupos de interesses [...]. O que o caracteriza enquanto movimento é o fato de ele aglutinar, além de indivíduos, entidades de diferentes naturezas funcionais, organizacionais e políticas, com uma proposta ético-política visando interesses coletivos [...]. O movimento se identifica como condutor das aspirações de grupos de consumidores, de usuários dos serviços de saúde enquanto cidadãos (VAITSMAN, 1989, p. 153-154).

Segundo Escorel (1999), a reforma sanitária foi viabilizada, em parte, graças à capacidade de ocupação de “brechas” na máquina pública por quadros progressistas e comprometidos com a agenda da reforma.

A Constituição Federal relata,

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (constituição Federal, 1988 art. 196).

Assim, a lei 8080 de 19 de setembro de 1990 que dispõe acerca das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e também sobre o funcionamento dos serviços, regula em todo e território nacional as ações de saúde. A lei instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) como executor de ações e serviços

de saúde através de órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração do poder público.

Tais ações e serviços de saúde, que integram o SUS, são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, obedecendo a princípios organizativos e doutrinários como: universalidade do acesso a esses serviços em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência, equidade e participação social.

O princípio da Universalidade consiste em atender toda a população brasileira de forma igualitária, sem haver qualquer tipo de discriminação. Já a Integralidade não se relaciona com a condição parcial, mas com a condição integral do indivíduo, ou seja, as suas demandas e devem ser atendidas conforme a necessidade de cada um. Com o princípio de Equidade busca-se identificar e reconhecer as diferenças de cada um, atendendo de acordo com a necessidade oferecendo mais a quem mais precisa e menos a quem requer menos, ou seja, tratar os iguais de acordo com suas desigualdades.

Foi através da Lei Federal nº. 8142/90 que instituiu os Conselhos de Saúde como sendo órgãos colegiados, de caráter permanente e deliberativo, compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Tem como função de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, ou seja, União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

Profundas mudanças ocorreram após aprovação do SUS e da Lei Orgânica da Saúde, em vista das dificuldades de colocar em prática ações transformadoras que entravam em contradição com todos os interesses econômicos de grupos organizados. Somavam à complexidade do desafio a implementação de um sistema único de saúde em um país que se encontrava com as maiores desigualdades regional na época.

No conjunto de questões que nortearam as análises sobre esse período, muitas foram ganhando ou perdendo o sentido à medida que se aproximavam ou se distanciavam dos problemas definidos pelo debate político mais amplo de determinada conjuntura.

O movimento sanitário a partir de 1986 assumia uma forma inovadora com uma prática política alternativa, centrada na luta pela democratização do país e na elaboração de um projeto contra hegemônico direcionado à ampliação da

consciência sanitária e do direito à saúde, que visava à reconstrução da sociedade em novas bases.

Esse modelo serviu de base para diversas análises, entre elas a de Sonia Fleury (2009). Buscando, em suas palavras observar os dilemas entre o instituído e o instituinte, ela afirma que a reforma não conseguiu construir um novo patamar civilizatório, o que implicaria em uma profunda mudança política e institucional capaz de transformar a saúde em bem público. Nesse sentido, a partir da análise dos problemas e contradições. Fez-se necessário dar continuidade à reforma que seria, portanto, um processo (ainda) inconcluso.

A partir do exposto, identificou se, já nos anos 90, que os dois projetos políticos em disputa na área da saúde, o projeto privatista e o projeto da reforma sanitária apresentaram diferentes requisições para o Serviço Social (BRAVO, 1998, p.36).

Ressalta-se que nesse período, precisamente em 1993, o INAMPS foi extinto e suas competências foram transferidas a instancias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Reforma Sanitária apresentou demandas para o assistente social tais como, buscaram a democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com realidade e estímulo á participação cidadã.

A partir de agora apresentará todo o percurso da Reforma Psiquiátrica no Brasil e conseqüentemente relacionando-a com o uso abusivo de álcool e drogas.

2.2 Reforma Psiquiátrica e uso de Álcool e Drogas no Brasil

Antes de dar início a trajetória da saúde mental no Brasil, e adentrarmos no contexto da Reforma Psiquiátrica, é necessário discorrer acerca dos vários conceitos deste tema.

Segundo a OMS, Organização Mundial da Saúde ainda não existe uma definição “oficial” de saúde mental. Ela pontua que:

Diferenças culturais, julgamento subjetivos, e teorias relacionadas concorrentes afetam o modo como a “saúde mental” é definida. Saúde mental é um termo usado para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional. A saúde mental pode incluir a capacidade de um

indivíduo de apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica. Admite-se, entretanto, que o conceito de saúde mental é mais amplo que a ausência de transtornos mentais (OMS, s.d). Disponível em< [>](http://www.paho.org/bra/)

De acordo com Cabral e Nick, a saúde mental pode ser considerado, “um estado relativamente constante da pessoa emocionalmente bem, com gosto pela vida, capacidade de auto realização e de autocrítica objetiva. Um estado positivo e não uma mera ausência de distúrbios mentais”. (CABRAL e NICK 1989, p. 353).

Através dos variados conceitos é possível perceber uma ampla visão do termo saúde mental, podendo ser considerada como característica íntima do indivíduo. Quando na verdade é necessário tomar como situação social de responsabilidades de todos, principalmente do Estado.

Mas é somente em meados do século XIX, que o Estado assume esta intervenção, pois para ele os loucos representavam:

Resíduos da sociedade e uma ameaça à ordem pública. Aos loucos que apresentassem comportamento agressivo não mais se permitia continuar vagando nas ruas, principalmente quando sua situação socioeconômica era desfavorável, e seu destino passou a ser os porões das Santas Casas de Misericórdia, onde permaneciam amarrados e vivendo sob péssimas condições de higiene e cuidado (PASSOS, 2009 p. 104).

No decorrer dos anos de 1830 e 1840 discutia-se a necessidade da criação de hospitais voltados para o tratamento desses “alienados mentais”.

Com isso, o Rio de Janeiro se igualaria com as mais desenvolvidas cidades europeias que já possuíam este tipo de instituição. Os profissionais engajados nesta ideia defendiam que tais hospitais deveriam ser afastados dos centros urbanos, o médico responsável deteria todo o tipo de poder sobre o paciente. (CENTRO CULTURAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Assim, a criação do Hospital Pedro II que em 8 de dezembro de 1852 já estava apto a abrigar pacientes na cidade do Rio de Janeiro, foi o marco institucional principal da saúde mental no Brasil. E conseqüentemente foram surgindo instituições semelhantes em outras capitais do Brasil. (ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL/SES/MG, 2006). Nesses hospitais psiquiátricos, os tratamentos eram voltados para os castigos, banhos de água fria e muitas vezes chegavam a ser espancados, como afirma Santos (s.d) esses “alienados mentais” tinham um tratamento mais moral do que científico.

Como naquela época ainda não existiam psiquiatras, apenas os “médicos de alienados mentais” como eram denominados. Os cuidados desses pacientes ficavam por conta das freiras, pois até então a gestão desses serviços era de âmbito caritativo e de responsabilidade da igreja.

Em meados da década de 1950, esses hospícios apresentavam superlotação, deficiência profissional, falta de alimentação maus tratos, péssimas condições físicas e muitas outras situações deixando esses locais inóspitos. (ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL/ESES/MG, 2006).

Mas é só a partir de 1978 que surgem os primeiros vestígios da Reforma Psiquiátrica no Brasil, que trazia propostas de modo a intervir na forma de tratamento oferecido ao paciente mental daquela época.

No Brasil, o processo da reforma Psiquiátrica recebeu grande influência de outros países, como exemplo a Itália, que teve como ator principal desta Reforma o psiquiatra italiano Franco Basaglia.¹ Conforme pontua Paulo Amarante,

Basaglia criticava a postura tradicional da cultura médica, que transformava o indivíduo e seu corpo em meros objetos de intervenção clínica. No campo das relações entre a sociedade e a loucura, ele assumia uma posição crítica para com a psiquiatria clássica e hospitalar, por esta se centrar no princípio do isolamento do louco (a internação como modelo de tratamento), sendo, portanto excludente e repressora. (AMARANTE, 1996, p.23).

Quando ele esteve no Brasil em 1978, visitou o hospício de Barbacena em Minas Gerais, e sua visita proporcionou grande influência na Reforma Psiquiátrica do Brasil, pois gerou repercussão na imprensa, com isso foram implementados aqui novos modelos de tratamento a pacientes mentais semelhantes aos de Franco Basaglia na Itália.

Segundo Pereira (1997) esse processo histórico pode ser analisado em dois momentos; Início da década de 1980, quando o foco ainda era o hospital psiquiátrico e buscava apenas uma humanização dos serviços ofertados no mesmo. E a partir dos anos 1990, quando se propunha uma sociedade sem manicômios, buscando

¹ Franco Basaglia era médico e psiquiatra, e foi o precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiano conhecido como Psiquiatria Democrática. Nasceu no ano de 1924 em Veneza, Itália, e faleceu em 1980. Quando assumiu a direção do hospital, iniciou mudanças, sua primeira atitude foi melhorar as condições de hospedaria e o cuidado técnico aos internos em Gorizia, criticava a postura tradicional da cultura médica, que transformava o indivíduo e seu corpo em meros objetos de intervenção clínica. O sujeito acometido da loucura ele, possui outras necessidades a prática psiquiátrica não daria conta

assim, novas formas de cuidado através de uma rede de serviços que substituíssem o modelo manicomial.

O movimento da Reforma Psiquiátrica surgiu no período pós-ditadura, quando o país buscava uma nova organização política e social, além disso, emergiam vários movimentos da classe trabalhadora e os profissionais de saúde lutavam para um Sistema Único de Saúde (SUS) gratuito e de qualidade. Paulo Amarante aponta ainda que:

A Reforma Psiquiátrica representa um conjunto de mudanças que envolvem múltiplas dimensões e propostas de transformações no campo da assistência, das políticas públicas, nas legislações e cultura da exclusão. Um processo que tem como objetivo mudar as relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a loucura, com o louco e com a doença mental, para que supere o estigma, a segregação, a desqualificação desses sujeitos ou, ainda para que se estabeleça com loucura uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados. (Amarante, 1997, apud JORGE, CARVALHO, SILVA, 2016, p. 280).

Essa busca por mudanças e novas propostas de transformações se desenvolveu bem, devido ao momento propício em que o país passava, estava saindo de um modelo ditatorial e buscando novas formas de organizações políticas e governamentais.

Um marco importante na trajetória da Reforma Psiquiátrica foi a I Conferência Nacional em Saúde Mental que ocorreu em 1987. Essa Conferência discutiu basicamente três temas;

I - Economia, sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental;
II - Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental;
III - Cidadania e doença mental: direitos, deveres e Legislação do doente mental (I CONFERENCIA NACIONAL DA SAUDE MENTAL, 1988, não paginado).

Em dezembro de 1989 o deputado federal Paulo Delgado do PT de Minas Gerais, apresenta na câmara o Projeto de Lei nº 3657 que contempla principais pontos da Reforma Psiquiátrica.

Essa lei só veio a ser promulgada cerca de 12 anos depois, e nesse intervalo de tempo ocorreu a II Conferência Nacional de Saúde Mental. Aconteceu em dezembro de 1992 e contou com cerca de vinte mil pessoas entre usuários, sociedade civil, governo e prestadores de serviços. Um dos pontos relevantes desta

Conferência foi o aprofundamento nas críticas ao modelo assistencial (MEDEIROS, 2003).

Os principais temas discutidos nesta conferência foram: Rede de atenção em saúde mental, transformação e cumprimento de leis e direito a atenção e direito à cidadania. (II Conferência Nacional de Saúde Mental, Relatório Final, 1992).

Como mencionado anteriormente, a aprovação da nova lei Federal de saúde mental, Lei n 10.216 de autoria de Paulo Delgado, aconteceu em 6 de abril de 2001. Em dezembro do mesmo ano ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental “cuidar sim excluir não”, teve como tema a discussão da cidadania e doença mental, propondo, "reversão da tendência hospitalocêntrica e psiquiátrica dando prioridade ao sistema extra-hospitalar e multiprofissional" (Medeiros, 2003).

Além do tema central, a conferência se subdividiu em outros cinco subtemas: recursos humanos, financiamento, controle social, direitos e acessibilidade e cidadania. (III Conferência Nacional de Saúde Mental, Relatório Final 2001).

A lei federal 10.216, apresenta mudanças em relação ao projeto original do deputado Paulo Delgado de 1989. Entretanto ela direciona a assistência em saúde mental e dispõe acerca da proteção de direitos das pessoas com transtornos mentais. E é no contexto da promulgação dessa lei e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental no Brasil, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade (Brasil, 2005).

Segundo Medeiros, ao resgate da cidadania, propõe retirar a internação psiquiátrica como ato obrigatório do tratamento psiquiátrico e inclui como direito do indivíduo conhecer seu prontuário médico, oferecendo assim, oportunidade ao paciente de escolha no tratamento e diminuindo internações involuntárias. (MEDEIROS 2003).

Assim, a reforma psiquiátrica busca mudanças nos conceitos de internações, e graças à participação popular busca também a garantia dos direitos dos pacientes mentais.

Como a Reforma Psiquiátrica propôs um novo modelo no modo de tratar os pacientes mentais, foi criada a Rede de Atenção Psicossocial- RAPS assim como outros serviços para que o direito desses pacientes não seja violado, cumprindo assim o princípio da integralidade.

Os CAPS's foram criados de acordo com a portaria nº 336/2002, como uma forma de substituir as internações dos hospitais psiquiátricos buscam atender pessoas com transtornos mentais e promover a sua inserção social.

De acordo com o Ministério da Saúde:

O CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população, por meio do acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004).

Assim, os Centros de Atenção Psicossocial subdividem-se em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i, CAPS ad e CAPS Ad III. Diferenciando-se, pela área de abrangência e particularidades do público alvo, assim definidos:

I - CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes;

II - CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes;

III - CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;

IV - CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;

V - CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes; e

VI - CAPS i: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes. (Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011).

É importante ressaltar que embora tenha citado os diversos tipos de CAPS este trabalho se detém a analisar a importância do Serviço Social junto ao CAPS ad (Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas). Mais a frente especificará seus objetivos e singularidades, tomando por base o CAPS ad do município de Teófilo Otoni-MG, pois antes será necessário fazer um resgate histórico a respeito do uso de álcool e drogas no Brasil.

Entende-se pelo termo droga, toda substância que provoca mudança fisiológica ou comportamental em um ser vivo, gerando estado de dependência e provocando sintomas de abstinência. Ao contrário do que muitas pessoas pensam, nem toda droga constitui-se de substância proibida por lei, pois os medicamentos farmacêuticos também são considerados drogas, mas são substâncias legais.

É importante salientar que aqui ao usarmos o termo droga, trataremos das drogas lícitas e ilícitas. Drogas lícitas configuram aquelas que mesmo causando riscos a saúde humana, são comercializadas legalmente, como exemplo a cerveja, o cigarro e outros. Já as drogas ilícitas caracterizam aquelas que por serem proibidas por lei, são comercializadas através do tráfico, entre elas estão a maconha, a cocaína, o crack entre outras.

Essas substâncias constituem fator de risco para uma grande variedade de problemas de saúde, sociais, financeiros e de relacionamento para os indivíduos e suas famílias (HUMENIUK; POZNYAK, 2004).

MARX (1978), já apresentava sua crítica acerca da relação droga e capital:

A fuga constante da prata causada pelas importações de ópio, tinha começado a afetar o tesouro público e a circulação monetária do Império do Sol. Hsu Naichi, um homem de estado chinês dos mais distintos, propôs a legalização do comércio de ópio para fazer dinheiro com isso; mas, depois de grande discussão, na qual participaram todos os altos funcionários do império e que se estendeu por um período de mais de um ano, o governo chinês decidiu que, “por causa dos males que infligia ao povo, o tráfico nefasto não deveria ser legalizado”. (MARX, 1978, p.67)

O sistema capitalista lucra muito com as substâncias psicoativas, tanto lícitas como ilícitas, onde são usadas dentro da lógica capitalista de mercado que juntamente com os avanços tecnológicos, promovem grande lucro, principalmente como no caso do álcool, enquanto uma droga lícita que movimenta o mercado como os demais bens de consumo, rendendo a indústria global.

Não se pode negar o interesse econômico do sistema capitalista por trás da política proibicionista, onde o tráfico de drogas movimenta altas somas em dinheiro por diversos países, passando até por bancos privados no famoso processo de lavagem de dinheiro, a fim de retornarem à economia e atuar como uma reguladora de preços, aumentando assim os lucros relacionados ao mercado das drogas.

No início do século XX, ocorreram as primeiras intervenções do governo brasileiro na área de álcool e drogas, sendo criado um aparato jurídico-institucional, constituído por uma série de leis e decretos que proibiam e criminalizavam o uso e o comércio de drogas no país (MACHADO; MIRANDA, 2007).

É possível perceber nos dias atuais, que o uso abusivo de álcool e outras drogas atingiu um rumo inesperado e desproporcional no país. Com isso, o Ministério da Saúde passa a assumir o desafio de prevenir, tratar e reabilitar os usuários de álcool e drogas, reconhecendo que este é um assunto de responsabilidade da saúde pública, tomando como base principalmente propostas discutidas na III Conferência Nacional de Saúde Mental. (III CNSM, Relatório final 2001).

Para isso, o Ministério da Saúde formulou os princípios da política de enfrentamento às questões relativas aos usuários de drogas e a expansão da rede assistencial de acordo com os desígnios do movimento de reforma psiquiátrica (BRASIL, 2003).

Neste sentido, sua principal estratégia é a implementação, em larga escala, dos CAPS-ad, regulamentados através de portarias GM / MS nº 816, de 30 de abril de 2002, e a Portaria SAS / MS nº 305, de 03 de maio de 2002 (BRASIL, 2003). Definiu-se também a Política de Redução de Danos, tendo em vista o rompimento com as metas de abstinência.

Para melhor compreender a atenção à saúde no cuidado desse usuário, importante ressaltar a necessidade de profissionais de saúde, onde o assistente social compõe a equipe de saúde mental.

2.3 O Serviço Social e Saúde Mental no Brasil

No Brasil, o Serviço Social na área da saúde mental inicialmente veio como “[...] assistência aos trabalhadores para amenizar a relação entre capital e trabalho” através da intervenção em fábricas, previdência, assistência social (BISNETO, p.20).

Entretanto, pouco a pouco o Serviço Social vai conquistando seu espaço na área da saúde mental, tendo como marco inicial o ano de 1946 sob influência do Movimento de higiene mental da Europa.

De acordo com Resende;

Nos primeiros trinta anos de existência de Serviço Social no Brasil não havia muitos assistentes sociais trabalhando na área da psiquiátrica em clínicas, hospitais ou manicômios simplesmente porque o número desses profissionais era reduzido até os anos 1960 (ainda não ocorrera a “privatização” dos serviços públicos de saúde). Havia hospícios estatais nas principais capitais do Brasil [...].(RESENDE 1990 apud BISNETO, P.21).

As poucas clínicas particulares da época não contratavam assistentes sociais e o número de hospícios estatais eram significativamente pequeno como o dos assistentes sociais nesta área.

Segundo Vasconcelos;

Em saúde mental as primeiras práticas dos assistentes sociais se deram nos Centros de Orientação Infantil e Centros de Orientação Juvenil (COI/COJ) em 1946, que foi uma experiência importante na conformação do modelo do “Serviço Social clínico”. (VASCONCELOS 2000 apud BISNETO, p.21).

A possibilidade de empregar assistentes sociais na saúde mental aumentou após 1964 devido às reformas da saúde e previdência ocorridas pela ditadura militar, com a privatização do atendimento médico, trazendo clínicas psiquiátricas que faziam os atendimentos e depois eram pagas pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS):

Na década de 60, com a unificação dos institutos de aposentadoria e pensões, é criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O estado passa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado e, ao ser privatizado grande parte da economia, o estado concilia no setor saúde pressões sociais com interesse de lucro por parte dos empresários. A doença mental torna-se definitivamente objeto de lucro, uma mercadoria. Ocorre sim, um enorme aumento do número de vagas e de internações em hospitais psiquiátricos privados, principalmente nos grandes centros urbanos. Chega-se ao ponto de a Previdência Social destinar 97% do total de recursos da saúde e mental para as internações na rede hospitalar. (Amarante, 1994, p. 74)

De acordo com Bisneto, “[...] Os hospitais psiquiátricos passaram a contratar um assistente social para cumprir a regulamentação do Ministério, pagando o

mínimo possível como salário e sem incumbi-lo de funções definidas [...]”. (BISNETO 2007 p.24). Ou seja, de acordo com Souza, o assistente social não tinha reconhecimento do seu trabalho, e muitas vezes eram contratados apenas para “constar e nenhum trabalho era efetivamente feito, tipo “empregado-fantasma”. (SOUZA,1986: 11-118).

O serviço social na área ambulatorial vem visando cada vez mais dar assistência integral ao usuário, com aprimoramento das técnicas e processos de trabalho, para mediar os conflitos entre o usuário e sua família. Pois uma pessoa quando possui uma doença incurável, que requer tratamento de longa duração e que impõe limitações provoca muitas alterações de grande impacto, que repercutem na vida do usuário. Por isso, é necessário o assistente social estar atento na abordagem com o usuário e sua família, evitando sempre equívocos em seu tratamento, levando em consideração a cultura, pois é também um fator que pode influenciar na adesão ao tratamento, já que a compreensão é baseada em seu próprio sistema de crenças.

No Brasil, o modelo de saúde mental é composto pelos setores públicos e particulares conveniados com o SUS, e o Serviço Social, atua nessa área compondo equipe juntamente com vários outros profissionais.

O profissional de Serviço Social pode atuar na área da saúde mental em locais específicos como nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Residências terapêuticas e Hospitais Psiquiátricos. Compõe uma equipe interdisciplinar, e atua efetivando direitos aos pacientes com transtornos mentais, além de orientar, acolher e também fazer encaminhamentos conforme a necessidade, exercendo uma mediação entre o paciente e sua família.

Um ponto de atenção ambulatorial importante são os CAPS's, como já mencionado, foram criados de acordo com a portaria nº 336/2002, como uma forma de substituir as internações dos hospitais psiquiátricos buscam atender pessoas com transtornos mentais e promover a sua inserção social.

Os Assistentes Sociais atuam nos CAPS`s, principalmente sob a ótica da reinserção social, autonomia e reabilitação dos usuários e buscam através de suas ações garantir os direitos sociais dos usuários.

Constituem-se como algumas das ações desenvolvidas pelo profissional de Serviço Social nos CAPS`s; acolhimento, avaliação inicial, assembleias de profissionais, usuários e familiares; visitas domiciliares e institucionais; realização de

estudos de casos com a equipe técnica e com a rede intersetorial; estudos socioeconômicos; encaminhamentos para diversos setores públicos, privados e não governamentais; elaboração de relatórios e pareceres; participação em reuniões internas e externas; atendimento individual e familiar; participação em oficinas e grupos terapêuticos; contatos e articulações com a rede de assistência social, previdência, saúde, educação, justiça, habitação dentre outras.

A partir de agora será apresentado o serviço social e saúde mental no município de Teófilo Otoni-MG. Consequentemente discorrerá acerca das redes de atenção a saúde mental do município e as especificidades do CAPS ad.

CAPÍTULO II

3 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL EM TEÓFILO OTONI-MG

3.1 Rede de Atenção à Saúde Mental de Teófilo Otoni

De acordo com Mendes, a implantação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), é uma nova maneira de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde do povo brasileiro. (MENDES, 2011, p.11).

A organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) tem de ser feita de forma efetiva, eficiente e com qualidade, para tanto precisa estruturar-se com base nos seguintes fundamentos: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários; e níveis de atenção (MENDES, 2011, p.11).

A RAS é um sistema de avaliação que permite monitorar e avaliar a situação dessas redes desde um sistema totalmente deficiente até uma rede integrada. Onde vem trazendo respostas sociais, organizadas, para responder às necessidades, demandas e preferências das sociedades, articulados pelas necessidades de saúde da população que se expressam, em boa parte, em situações demográficas e epidemiológicas singulares.

Uma relação estreita entre a transição das condições de saúde e a transição dos sistemas de atenção à saúde, sendo que ambas, constituem a transição da saúde, juntamente com outros fatores como o desenvolvimento científico, tecnológico e econômico.

O Ministério da Saúde (2008) analisou historicamente as Redes de atenção no SUS, estabeleceu as razões para a sua adoção, definiu o seu conceito e os seus princípios, formulou um processo de transição para as mesmas por meio dos territórios integrados de atenção à saúde e as linhas de cuidado, além de propor as diretrizes para sua implantação.

Em Teófilo Otoni a RAS vem sendo implementada de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) o qual representa a necessidade da população, e a disponibilidade orçamentária do estado.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Teófilo Otoni é um município brasileiro situado no nordeste do estado de Minas Gerais, no vale do Mucuri, possui uma população estimada em 2017 de 141.937 habitantes, onde conta atualmente com 418 estabelecimentos cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), entre rede pública, conveniada com o SUS e privada. O município é polo de microrregião e de macrorregião, congregando 63 municípios.

A Rede SUS no município conta com:

- 33 (trinta e três) Unidades de Saúde da Família;
- 4 (quatro) Unidades de Atenção Básica Convencional;
- 14 (quatorze) Consultórios odontológicos modelo convencional;
- 1 (um) Consultório na Rua;
- 4 (quatro) Núcleos de Apoio a Saúde da família-NASF;
- 1 (um) Policlínica Municipal;
- 1 (um) Centro de Especialidades (Estadual);
- 1 (um) Centro de especialidades Odontológica-CEO;
- 2 (dois) Centros de Reabilitação Conveniados (auditiva e Motora);
- 1 (um) CAPS II;
- 1 (um) CAPS ad;
- 1 (um) CAPS i;
- 11(onze) Laboratórios conveniados;
- 1(um) Unidade de Pronto Atendimento Ambulatorial-UPA – Pública;
- 1 (um) Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU- com 2 bases no município e 24 distribuídas na região;
- 1 (um) Hospital Geral Municipal;
- 1 (um) Hospital Geral de Porte III da Rede de Urgência e Emergência, conveniado com Unidade de Terapia Intensiva (Adulto e neonatal), Procedimentos em Cardiologia Intervencionista², Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética;

² A Cardiologia Intervencionista é uma subespecialidade da cardiologia que abrange um conjunto de procedimentos intervencionista cirúrgicos para estudar a hemodinâmica cardíaca e arterial com a finalidade de efetuar um diagnóstico e tratamento de cardiopatias e arteriopatias.

- 1 (um) Hospital geral de Porte II – da Rede de Urgência e Emergência, conveniado Unidade de Terapia Intensiva Adulto, Tomografia Computadorizada e Procedimentos de oncologia-Referência³;
- 2 (Dois) Serviços de Terapia Renal Substitutiva – Conveniados.

Necessário se faz pontuar como a Rede de Saúde mental do município que é composta por:

- 6 (Seis) leitos do Hospital Geral Municipal;
- 1 (Uma) Equipe de Consultório de Rua;
- 1 (Um) CAPS i;
- 1 (Um) CAPS Ad;
- 1 (Um) CAPS II;
- 1 (Um) Serviço de Atenção em Regime Residencial/Comunidade Terapêutica-Módulo 1 – Feminina;
- 1 (Um) Serviço de Atenção em Regime Residencial/Comunidade Terapêutica-Módulo 2 – Masculina.

Importante ressaltar que o município conta ainda com um serviço de Residência aos usuários que perderam o vínculo com a família, que pode ser denominado de “Residência Protegida”, coordenado pela AMCA - Assistência à Mulher, à Criança e ao Adolescente através de seu programa “Amai-vos”. Esse serviço é ligado à política de Assistência Social, mas entrelaça-se com a RAPS de forma importante.

No âmbito da rede de saúde mental faz-se importante pontuar ainda que a integração entre as equipes de Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), e o CAPS se faz necessário, com discussões de casos, construções de projetos terapêuticos, intervenções conjuntas entre as equipes, sempre com o foco na singularidade de cada situação de transtorno mental.

A RAPS no município de Teófilo Otoni ainda esta em processo de articulação onde precisa ser traçadas as ações mais efetivas e articuladas em busca da efetivação dessa possível rede.

O CAPS ad, como componente dessa rede de atenção, terá a seguir um olhar mais apurado por ser eixo desse trabalho.

³Os centros de referência também são responsáveis pelos tratamentos que envolvam procedimentos de alto custo e que requeiram, muitas vezes, equipamentos tecnológicos avançados. São os chamados tratamentos de alta complexidade bastante comuns nas áreas de oncologia, neurologia, cardiologia, entre outras.

3.2 O CAPS ad: Uma análise de atuação profissional

De acordo com (ROCHA, 2005) os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), tem a função de prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando as internações em hospitais psiquiátricos e promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais, além de prestar suporte a atenção à saúde mental da rede básica.

Os CAPS's são os articuladores estratégicos da rede de atenção de pessoas com transtornos mentais nos municípios, e da política de saúde mental de um determinado território. O tratamento é ofertado na unidade buscando não apenas atender os usuários, mas também instrumentalizar o usuário para o exercício da vida diária.

Segundo o ministério da saúde, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad), é um serviço específico para o cuidado e atenção integral e contínua às pessoas com necessidades causadas em decorrência do uso abusivo de álcool e drogas. Seu público em específico são adultos, mas desde que observadas as orientações do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), podem atender crianças e adolescentes.

O CAPS ad possui especificidades para atuar em municípios como população igual ou maior a setenta mil habitantes, ou cidades que por sua localização geográfica (municípios de fronteira ou, parte da rota de tráfico de drogas) ou cenário de uma realidade epidemiológica importante, necessitam deste serviço para dar resposta efetiva às demandas de saúde mental. (Ministério da Saúde, 2005).

Ainda de acordo com o ministério da saúde, o CAPS ad oferece atendimento à população, de modo a realizar acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários, atendendo também usuários em momentos de crise. As ações do CAPS ad busca uma rede de suporte social, visando garantir o sucesso de suas ações, preocupando-se não somente com a pessoa, mas também com sua história, sua cultura e sua vida cotidiana. O CAPS ad conta com uma equipe multiprofissional que envolve:

- um médico psiquiátrica
- um enfermeiro com formação em saúde mental um médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências

clínicas.

- quatro profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: Psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico
- seis profissionais de nível médio: Técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. (Ministério da Saúde, 2004).

Esta configura-se como a equipe multiprofissional capaz de desenvolver ações interdisciplinar visando executar as atribuições e serviços propostos pela instituição.

Segundo a Portaria MS/GM nº 336/2002 o CAPS ad deve ainda:

- a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária, de referência para área de abrangência populacional definida pelo gestor local;
 - b - sob coordenação do gestor local, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e drogas, no âmbito de seu território;
 - c - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial local no âmbito de seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;
 - d - coordenar, no âmbito de sua área de abrangência e por delegação do gestor local, a atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, em articulação com o Conselho Municipal de Entorpecentes;
 - e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental local no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;
 - f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/ SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;
 - g - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.
 - h - manter de 02 (dois) a 04 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso.
- 4.5.1. A assistência prestada ao paciente no CAPS ad II para pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas inclui as seguintes atividades:
- a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
 - b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
 - c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
 - d - visitas e atendimentos domiciliares;
 - e - atendimento à família;
 - f - atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social;
 - g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.
 - h - atendimento de desintoxicação.
- (DOU-Portaria Nº 336, 2002, pag.22).

O profissional de Serviço Social atua no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas de modo a intervir na realidade social dos usuários, a fim de identificar as expressões da questão social relacionadas ao uso abusivo de álcool e drogas, promovendo articulação entre as políticas públicas e proporcionando mudanças na situação social desses pacientes.

Conforme a Lei nº 8.662/93 Art. 4º - Constituem competência do Assistente Social:

- I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;
- II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;
- III - encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;
- VI - planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais; VII - planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;
- VIII - prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo;
- IX - prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;
- X - planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social;
- XI - realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.

Do ponto de vista de Yamamoto (2001), a reinserção social dentro do CAPS ad determina a recuperação integral do paciente, criando uma rede de apoio. É preciso ter consciência que o processo é longo, gradativo e dinâmico resgatando a cidadania e retomando hábitos sociais saudáveis.

É através da prática profissional que o assistente social consegue mobilizar os usuários, trabalhando na garantia dos direitos e pelo exercício da cidadania, não sozinho, mas com toda a equipe interdisciplinar do serviço, buscando assim, uma troca de experiência que permitirá ao usuário a sua reinserção na sociedade, promovendo o acesso a bens como: lazer, trabalho e fortalecendo os laços familiares.

Para tal, a instrumentalidade operacionaliza a intencionalidade profissional, conforme pontua Yolanda Guerra:

[...] a instrumentalidade é uma propriedade e/ou capacidade que a profissão vai adquirindo na medida em que concretiza objetivos. Ela possibilita que os profissionais objetivem sua intencionalidade em respostas profissionais. É por meio da instrumentalidade que os assistentes sociais modificam, transformam, alteram as condições objetivas e subjetivas e as relações interpessoais e sociais existentes num determinado nível social: no nível do cotidiano. (Guerra, 2002, p.2)

Segundo Martinelli “Os instrumentais técnico-operativos são como um conjunto articulado de instrumentos e técnicas que permitem a operacionalização da ação profissional” (MARTINELLI, 1994 p. 137).

Os instrumentais técnicos mais utilizados na ação profissional da assistente social junto ao CAPS ad são: reuniões, pareceres sociais, estudos socioeconômicos, visitas domiciliares e institucionais (escolas, hospitais, projetos sociais), contatos com a rede intersetorial, entrevistas, encaminhamentos, acolhimentos, atendimento individual ou em grupo e preenchimento de prontuários.

Arruda (1996) aponta algumas razões imprescindíveis para uma atuação interdisciplinar em um trabalho integrado em Saúde Mental:

1. A complexidade crescente em saúde mental. 2. A conscientização da comunidade científica de que o campo de atuação de um único profissional isolado pode apresentar importantes limitações. 3. A impossibilidade de uma única área de atuação profissional abarcar todo o conhecimento teórico e prático. 4. As dificuldades existentes para o planejamento adequado de qualquer política de saúde ou de qualquer serviço ligado à Saúde Mental. (ARRUDA, 1996, p. 9).

Levando em consideração que o trabalho interdisciplinar vem cada vez mais criar espaços nas instituições na área da saúde, visando sempre um aprimoramento na visão do trabalho profissional além de compartilhar conhecimentos e experiências com o objetivo de uma vida saudável. (OLIVEIRA, 2000).

Segundo Pires a interdisciplinaridade aparece para promover a superação da superespecialização e da desarticulação teoria e prática, como alternativa à disciplinaridade.

Em relação à interdisciplinaridade e relação de poder, Ana Maria Vasconcelos aponta que:

A interdisciplinaridade, por sua vez, é entendida aqui como estrutural, havendo reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados. Exige a identificação de uma problemática comum, com levantamento de uma axiomática teórica e/ou política básica e de uma plataforma de trabalho conjunto, colocando-se em comum os princípios e os conceitos fundamentais, esforçando-se para uma decodificação recíproca da significação, das diferenças e convergências desses conceitos e, assim, gerando uma fecundação e aprendizagem mútua, que não se efetua por simples adição ou mistura, mas por uma recombinação dos elementos internos. (VASCONCELOS, 2008, p.47).

Assim, se faz necessário o trabalho do profissional de serviço social no CAPS ad, sob todas as óticas já mencionadas acima e também de acordo com o código de Ética profissional que traz no seu artigo 8º:

São deveres do/a assistente social:

- a- programar, administrar, executar e repassar os serviços sociais assegurados institucionalmente;
- b- denunciar falhas nos regulamentos, normas e programas da instituição em que trabalha, quando os mesmos estiverem ferindo os princípios e diretrizes deste Código, mobilizando, inclusive, o Conselho Regional, caso se faça necessário;
- c- contribuir para a alteração da correlação de forças institucionais, apoiando as legítimas demandas de interesse da população usuária;
- d- empenhar-se na viabilização dos direitos sociais dos/as usuários/as, através dos programas e políticas sociais;
- e- empregar com transparência as verbas sob a sua responsabilidade, de acordo com os interesses e necessidades coletivas dos/as usuários/as. (CÓDIGO DE ÉTICA DO ASSISTENTE SOCIAL 8662/93, 2011).

Sob essa ótica é possível observar a atuação do assistente social de modo a integrá-lo na equipe multiprofissional do CAPS ad.

De acordo com Bisneto (2007), ainda cabe ao profissional para superar fragilidades encontradas no campo da atuação em saúde mental:

É necessário ao assistente social reconhecer seu próprio valor, saber o que está fazendo, criar um discurso profissional, publicar ideias, lutar por seus princípios, fazer alianças, se expor profissionalmente em Saúde Mental. É claro que o profissional de campo precisa contar com a colaboração de seus colegas de academia: a universidade também deve desenvolver esse discurso profissional com pesquisas, aulas, extensão, publicações, conferências entre outros recursos. (BISNETO, 2007, p. 145).

Mesmo com as ferramentas necessárias ao seu trabalho para construir, propor e articular ações para a melhoria dos serviços, o Serviço Social ainda

encontra muitos desafios nesse campo de atuação, os quais impossibilitam de executar as estratégias de intervenção conforme a realidade da unidade.

Ana Maria de Vasconcelos ainda pontua que:

Neste sentido, realizar um trabalho profissional com os usuários como sujeitos de direito, contribuindo para o acesso á saúde como um direito social, exige dos assistentes sociais captar o que há de social relacionado à questão da saúde, para além da dor, do sofrimento, da informação pontual para resolver problemas emergenciais e da “doação” de educação básica em saúde, mínima para sobrevivência (para que).” a mão-de-obra participe acriticamente e/ou não obstrua uma produção que concentre lucros, a partir da identificação das suas causas (VASCONCELOS, 2007, pg.450).

O profissional de Serviço Social lida diariamente com limites e desafios que acarretam dificuldades em seu trabalho profissional, como a falta de estrutura física e de acesso aos serviços, falta de estratégias de políticas públicas e dificuldades com a articulação de trabalho em rede. Contudo ele é capaz de trabalhar em busca da superação destas questões.

Portanto cabe ao assistente social, conservar as diretrizes que norteiam a profissão e ao mesmo tempo entender a lógica do trabalho interdisciplinar, não se submetendo a práticas burocráticas e rotineiras, mas sim exercendo sua profissão de forma crítica e propositiva.

4 METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS TÉCNICOS DA PESQUISA

4.1 Classificação da pesquisa

Este trabalho compreende-se numa revisão de literatura integrativa, de natureza qualitativa, acerca da prática profissional do serviço social no CAPS ad, para a realização do mesmo optou-se em realizar um trabalho delineado como pesquisa bibliográfica fundamentada em uma ampla revisão da literatura científica.

4.2 Procedimento de coleta das fontes literárias

Essa revisão abrange diversos artigos científicos que discorrem sobre o assunto, foram retiradas informações de bases virtuais como SCIELO (Scientific Electronic Library Online), foi realizada consulta a livros e material impresso na biblioteca da própria faculdade. Foram utilizadas também cartilhas e sites da; OMS (Organização Mundial da Saúde), e do Ministério da Saúde. Utilizou-se também autores como (AMARANTE, 1996 1998, 2013,); (BISNETO, 2002); (PAIM, 2007); (BRAVO, 1998) entre outros.

Foram buscadas variáveis diretas e indiretas sobre o tema em estudo. Para selecionar o material, foi necessária leitura exploratória dos textos encontrados, leitura aprofundada das obras de interesse e a leitura analítica dos trabalhos mais relevantes.

Os arquivos dos trabalhos virtuais foram baixados em área específica no computador dos pesquisadores e relatores deste trabalho para melhor organização.

4.3 Formas de análise e interpretação das informações

Após a leitura minuciosa das fontes científicas, ocorreu a organização das informações na estrutura do trabalho sempre buscando mencionar as informações mais abrangentes antes das informações mais específicas e estabelecer conteúdos vistos no decorrer do curso.

Assim, chegou-se a conclusão do trabalho colocando-se a tese em avaliação pela banca examinadora.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa destaca-se a importância do serviço social na atenção à saúde mental, com a criação do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) que representa a melhoria do modelo de atendimento em saúde mental no Brasil. A partir de um apanhado bibliográfico sobre a história da Reforma Psiquiátrica, destacaram as mudanças ocorridas a partir das últimas décadas e que vem se perpetuando até os dias atuais onde se leva em consideração recortes importantes.

Mostrando o surgimento das instituições dedicadas à prática psiquiátrica e o surgimento do movimento antimanicomial, destacando o surgimento do modelo extra-hospitalar vinculado ao SUS, como um dos pontos mais importantes, pois garantiu que o paciente com transtorno mental recebesse os primeiros cuidados necessários à sua recuperação, no seu contexto familiar e social, sem a necessidade de grandes isolamentos.

Em especial, ressalta-se a atuação do assistente social no CAPS ad e sua importância na concretização de alguns dos ideais defendidos pela reforma psiquiátrica. Caracteriza-se os diferentes tipos de CAPS's, a partir do seu perfil de atendimento e quadro de expansão dos mesmos em todo o território nacional. Finalmente, destaca-se a importância da inserção dos CAPS's e como o acompanhamento a tratamentos dos usuários com transtornos mentais hoje fazem parte da sociedade.

Entende-se que a luta pela Reforma Psiquiátrica brasileira, iniciada nas últimas décadas do século XX ainda não chegou ao fim, no entanto, é necessário reconhecer as conquistas de alguns dos direitos dos usuários com transtornos mentais no panorama da reforma e reconhecer os desafios que ainda estão por vir.

O serviço social na saúde mental, não se concretiza somente em uma ação, mas sim em inúmeros desafios que espelham seu cotidiano. Mas entre limites e possibilidades não se deixa de focar no desenvolvimento da autonomia dos usuários, restabelecimento e fortalecimento do vínculo familiar além da superação das expressões da questão social que esse público está inserido.

A discussão da atuação do serviço social na saúde mental do nesse trabalho não pretende encerrar ou engessar as discussões a respeito da temática, mas servir como orientação básica para reflexões sobre o que já foi construído para novos desafios. Desafios os quais ainda estão presentes na prática profissional, mas a

criatividade do assistente social se apresenta como aliada na luta contra essas barreiras.

Com isso, foi possível a confirmação da nossa hipótese, ou seja, comprovou que o assistente social tem fundamental importância nesse campo de atuação e conseqüentemente no Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas.

REFERÊNCIAS

- ABREU, A. A. *Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)*. Rio de Janeiro, v.1, p. 01, 2009. Disponível em: <<http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/instituto-nacional-de-previdencia-social-inps>>. Acessado: dia 01 de novembro de 2017.
- ALMEIDA, E. H. R. *Dignidade, autonomia do paciente e doença mental*. Revista Bioética, Belo Horizonte, v.18, n. 2, p. 381– 395, 2010.
- AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. v. 2, 132p.
- _____, P. *O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. 1 ed. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1996. v. 1, 264p.
- _____, P. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. 1 ed. Rio de Janeiro Fiocruz, 1994. v. 1, 202p.
- _____, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. v. 4, 123p.
- AROUCA, A. S. In: SUS: Revendo a trajetória, *Os avanços e retrocessos da Reforma Sanitária Brasileira*. Tema Radis, 20, fevereiro. 2001, p.3-8.
- ARRUDA, S. L. S. Prefácio. In: RIBEIRO, P. R. M. *Saúde mental: dimensão histórica e campos de atuação*. São Paulo: E. P. U. 1996.
- BAIBICH. M. E. S. e HERNÁEZ. A. M. *Reflexões acerca das contribuições da psicologia no campo da saúde mental e trabalho*. Florianópolis, v.6, n.13, p.21-46, julho de 2014.
- BISNETO, J. A. *Serviço social e saúde mental: uma análise institucional da prática*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009. v. 2, 222p.
- BRASIL, MS 1987. *Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília.

_____, MS 1992. *Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília.

_____, MS 2001. *III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Caderno de Textos. Brasília.

_____. *Constituição da República Federativa do Brasil*, promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, Subsecretária de Edições Técnicas, 2006.

_____. *Institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*, Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 24 de setembro de 2017.

BRAVO, M. I. S. *Serviço Social na Saúde na década de 90: Superando Desafios*. Cadernos do Serviço Social do Hupe. Rio de Janeiro: Uerj, 1998.

BRESSER-PEREIRA, L. C. *Reforma do Estado nos anos 90: lógica e mecanismos de controle*. Brasília: MARE, *Cadernos MARE*, n. 1, 1997.

CABRAL, A.; NICK, E. *Dicionário Técnico de Psicologia*. 2. ed. São Paulo: Cultrix, 1989. 352p.

CASTELO, T. S.; *Um estudo sobre a atuação e condição de trabalho do(a) assistente social no Centro de Atenção Psicossocial- CAPS frente a política nacional de saúde mental no Recôncavo da Bahia*. 2013. 68p. Monografia (Bacharelado em Serviço Social). Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB, Cachoeira, 2013.

CEBES. *Centro Brasileiro de Estudos de Saúde*. A questão democrática na área de saúde. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, n.9, p.11-13. 1980.

CENTRO CULTURAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Hospício de Dom Pedro II: da construção a desconstrução*, Rio de Janeiro, v.1, p. 2-10, 2014. Disponível em <<http://www.ccms.saude.gov.br/hospicio/origens2.php>>. Acessado dia 15 de agosto de 2017.

DIAZ, F. S. *Os Movimentos Sociais na Reforma Psiquiátrica: O “Novo” na História da Psiquiatria do Brasil*. 2008. 335p Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde). Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2008.

ESCOREL, S. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1999. 208p.

FIOCRUZ. *Equidade*. Rio de Janeiro, v.1, p.01, sem data. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/equidade>>. Acessado dia 01 de novembro de 2017.

_____. *Integralidade*. Rio de Janeiro, v. 1, p.01, sem data. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/integralidade>>. Acessado dia 01 de novembro de 2017.

_____. *Universalidade*. Rio de Janeiro, v. 1, p.01, sem data. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/universalidade>>. Acessado dia 01 de novembro de 2017.

FLEURY, A. *Aprendizagem e inovação organizacional: as experiências de Japão, Coreia e Brasil*. 2 ed. São Paulo, Atlas, 1997. v. 1.240p.

FLEURY, S. e CARVALHO, A. I. *Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)*. Rio de Janeiro, v.1, p. 01-30, 2009. Disponível em: <<http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/instituto-nacional-de-assistencia-medica-da-previdencia-social-inamps>>. Acessado dia 01 de novembro de 2017.

FONTE, E. M. M. *Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil*. Pernambuco. 2012. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revsocio/index.php/revista/article/view/60/48>>. Acessado: dia 28 de agosto de 2017.

GUERRA, Yolanda. A Instrumentalidade no Trabalho do Assistente Social. *Cadernos do Programa de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais*, 2002.

HUMENIUK, R. POZNYAK, V. *Intervenção breve para o abuso de substâncias: guia para o uso na atenção primária à saúde*, São Paulo, OMS 2004. Versão preliminar 1.1.

IAMAMOTO, M. V. e CARVALHO, R. *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológico*. 14. ed. São Paulo: Cortez, 2001. 400p.

_____, M. V. *O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001. 328p.

JORGE, CARVALHO, SILVA (Org). *Políticas e cuidado em saúde mental: contribuição para a prática profissional*. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016. v. 1, 295p.

KNOPP, A. *Saúde mental, reforma psiquiátrica e os CAPS- Centro de Atenção Psicossocial: a atuação do serviço social*. 2012. 63p. Monografia (Bacharel em Serviço social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

MACHADO, A. R. MIRANDA, P. S. C. *Fragments da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública*. História, Ciências, Saúde, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p. 801-821, 2007.

MARTINELLI, M. L., KOUMROUYAN, E. *Um novo olhar para a questão dos instrumentais técnico-operativos em Serviço Social*. Revista Serviço Social & Sociedade. N.º 54. São Paulo: Cortez, 1994. 141p.

MARX, Karl. *O comércio do ópio*. 1. ed. New York: Daily Tribune, 1978. v. 1, 227p. In sobre o colonialism. Lisboa: Estampa. Parte II. 1978. p. 67.

MEDEIROS, A. S. S. *Prisão perpétua no Brasil (?): A situação do louco infrator*. Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales, Argentina, v. 29, p.29 outubro, 2003.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Ciência & Saúde Coletiva, Belo Horizonte, v.15 n.5, p. 2297-2305, 2010.

_____, E.V. *Os grandes dilemas do SUS*. 1. ed. Salvador: Casa da Qualidade, 2001. v. 1, 167p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Linha Guia da Saúde Mental*. Belo Horizonte, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *I Conferência Nacional de Saúde Mental*. Relatório Final. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Brasília, 1988.

_____. 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.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE, Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Secretária de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde: Brasília. 2004.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE, Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde mental no SUS: as novas fronteiras da reforma psiquiátrica*. Relatório de Gestão 2007-2010. Ministério da Saúde: Brasília. 2011.

OLIVEIRA, L. C. *O Campo da saúde mental: algumas reflexões sobre interdisciplinaridade e trabalho integrado*. Salusvita, Bauru, v.19, n.2, p. 89-100, 2000.

OLIVEIRA, M. C. *Impacto de uma disseminação de práticas de prevenção ao uso de álcool e outras na diminuição do estigma atribuído aos usuários pelos profissionais da APS*. 2012. 79p. Dissertação (Mestrado em saúde coletiva). Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Relatório sobre a saúde no mundo – saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Organização Pan-Americana de Saúde: Ministério da Saúde. 2001.

PAIM, J. S. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. 2007. 300p. Tese (Pós Graduação em saúde coletiva) Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

PAIVA, C.H.A. e TEIXEIRA, L. A. *Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde*. História, Ciências, Saúde, Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.15-35. Janeiro/março de 2014.

PASSOS, I. C. F. *Loucura e Sociedade: Discursos, práticas e significações sociais*. 1. ed. Belo Horizonte: Argvmentvm, 2009. v.1, 188p. Disponível em: < <http://www.revista.ufpe.br/revsocio/index.php/revista/article/view/60/48>>. Acesso: dia 02 de setembro de 2017.

PAULA, P. P. *Políticas Públicas Atuais de Saúde Mental e os Serviços Substitutivos em BH*. Maceió, v.1, p. 1-10, novembro. 2009. Disponível em: <<http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/AnaisXVENABRAPSO/284.%20pol%20ticas%20p%20Ablicas%20atuais%20de%20sa%20Ade%20mental.pdf>>. Acesso: dia 28 de agosto de 2017.

ROCHA, R. M. *Enfermagem em saúde mental*. 2. ed. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2005. 192p.

SANTOS, J. *Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Disponível em: <<http://www.alternativamedicina.com/historia-da-psiquiatria/reformas-saude-mental.html>>. Acessado dia 17 de agosto de 2017.

SILVA, L. C. e BROTTTO, M, E. *Residência Multiprofissional em Saúde e Serviço Social: dilemas na formação e trabalho profissional*. Revista Em Pauta, Rio de Janeiro, n. 37, v. 14, p. 126 – 149 janeiro/julho de 2016.

SOUZA, E. E. C. M. *A prática do serviço social nas instituições psiquiátricas de Juiz de Fora/MG*. 1986. Dissertação (Mestrado). Universidade Católica, Rio de Janeiro, 1986.

VAITSMAN, J. Corporativismo: notas para sua aplicação no campo da saúde. In: Teixeira, S. (Org.). *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez, 1989. 139-156p.

VASCONCELOS, E.M. (Org.). *Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. São Paulo: Cortez, 2002. 328p.

VASCONSELOS, A. M. *A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde*. São Paulo: Cortez, 2007. 450p.