



FACULDADE ATENEU

BACHARELADO EM SERVIÇOSOCIAL

FERNANDA BARROS MARTINS JOSÉ REINALDO NETO

**REFORMA PSIQUIÁTRICA: A CONTRIBUIÇÃO DO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL (CAPS) COMO EQUIPAMENTO SUBSTITUTIVO AO
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA – CE**

FORTALEZA-CE 2017

FERNANDA BARROS MARTINS JOSÉ REINALDO NETO



**REFORMA PSIQUIÁTRICA: A CONTRIBUIÇÃO DO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL (CAPS) COMO EQUIPAMENTO SUBSTITUTIVO AO
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA – CE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Serviço Social da Faculdade
Ateneu como requisito final para a obtenção
do Grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Ms. Jana Alencar
Eleuterio.

FORTALEZA-CE 2017

M379r Martins, Fernanda Barros.
Reforma Psiquiátrica: a contribuição do centro de
atenção psicossocial (CAPS) como equipamento
substitutivo ao hospital psiquiátrico no município de
Fortaleza – CE. / Fernanda Barros Martins; José Reinaldo
Neto. -- Fortaleza: FATE, 2017.
24f.
Orientador: Profa. Ms. Jana Alencar Eleuterio.
Artigo (Graduação em Serviço Social) – FATE, 2017.
CAPS. 2. Reforma Psiquiátrica. 3. Hospital
Psiquiátrico. 4. Serviço Social. I. Título.
CDD 362.20981

REFORMA PSIQUIÁTRICA: A CONTRIBUIÇÃO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) COMO EQUIPAMENTO SUBSTITUTIVO AO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA – CE.

PSYCHIATRIC REFORM: THE CONTRIBUTION OF THE PSYCHOSOCIAL ATTENTION CENTER (CAPS) AS SUBSTITUTIVE EQUIPMENT TO THE PSYCHIATRIC HOSPITAL AT THE CITY OF FORTALEZA - CE

FERNANDA BARROS MARTINS¹
JOSÉ REINALDO NETO²
Prof. Ms. JANA ALENCAR ELEUTERIO³

RESUMO

Este artigo versa sobre a contribuição do Centro de Atenção Psicossocial no processo de Reforma Psiquiátrica no município de Fortaleza – CE, partindo do pressuposto de que esses equipamentos se constituem como modelo substitutivo ao hospital psiquiátrico. O estudo foi realizado através de pesquisa bibliográfica de natureza qualitativa com o aporte da técnica de coleta de dados da observação participante proporcionada pelo *locus* de trabalho dos autores da pesquisa. Concluiu-se que o CAPS, enquanto equipamento ideal substitutivo, tem cumprido com o propósito da desinstitucionalização, promovendo à redução das internações e o fechamento de hospitais psiquiátricos, embora estes ainda existam no município. Contudo, questões políticas de investimento insuficiente em Saúde Mental, precarização do trabalho, ausência de capacitação profissional, práticas inadequadas e a deficiente articulação intersectorial constituem empecilhos para que esses instrumentos atuem de forma qualitativa em sua plenitude e atendam quantitativamente à demanda da população usuária.

Palavras-chave: CAPS. Reforma Psiquiátrica. Hospital Psiquiátrico. Desinstitucionalização.

ABSTRACT

This paper verses about the Psychosocial Attention Center contribution in the Psychiatric Reform process at the City of Fortaleza – CE, beginning from the presupposition that these equipments are constituted as substitutive model to the Psychiatric Hospital. The study was carried out through out of a qualitative bibliographic research with the contribution of the participant observation data collection technique provided by the research authors working locus. It was concluded that the CAPS, as substitutive ideal equipment, has accomplished its propose of deinstitutionalization, promoting the hospitalization reductions and the closure of Psychiatric Hospitals, although they still exist at the city. However, policy questions of insufficient investment in Mental Health, precariousness of work, lack of professional capacitation, inappropriate practices and the deficient intersectoral articulation, constitutes barriers for these instruments act in its qualitative fullness and to attend qualitatively the demand of the user population.

Keywords: CAPS. Psychiatric Reform. Psychiatric Hospital. Deinstitutionalization.

¹Graduanda do Curso de Serviço Social 2017.2 da Faculdade Ateneu (FATE).

² Graduando do Curso de Serviço Social 2017.2 da Faculdade Ateneu (FATE).

³ Professora Orientadora Ms

1 INTRODUÇÃO

O Brasil vem vivenciando nas últimas três décadas um processo de modernização e humanização na área da saúde mental sob a influência do modelo de reforma psiquiátrica praticado na Itália, segundo Acioly (2006). A desinstitucionalização proposta pela reforma requer a construção de novos espaços para acolhimento da população usuária das políticas de saúde mental.

Esse acolhimento deve ser feito preferencialmente na modalidade ambulatorial, de forma a oferecer assistência integral e sempre visando o convívio social da pessoa usuária da Política de Saúde Mental. Nesse sentido, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) têm se constituído como o principal equipamento estratégico no processo de substituição ao antigo modelo hospitalocêntrico, isto é, no processo de desinstitucionalização.

Contudo, há que se considerar o posicionamento do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) que aponta o momento atual no qual vivenciamos retrocessos nas garantias legais já consolidadas para a saúde mental, principalmente em relação à Política sobre Drogas, com ações do governo que priorizam um maior investimento em Segurança Pública em detrimento de outras políticas públicas como a Política de Saúde Mental. Essas práticas incentivam as internações e direcionam para uma perspectiva manicomial desrespeitando os direitos humanos (CFESS, 2012). Mais que isso, tais ações conduzem a criminalização da população usuária de drogas com um profundo recorte de raça e classe social.

Baseados nessa discussão, destacamos que o nosso interesse pelo tema não surgiu por acaso e sim do convívio direto com a realidade pesquisada por meio de nossa atuação profissional em dois equipamentos de Saúde Mental: no CAPS e no Hospital Psiquiátrico, ambos localizados na cidade de Fortaleza. No cenário da reforma psiquiátrica, tais dispositivos se constituem como espaços antagônicos no tratamento em Saúde Mental. É importante ressaltar que em nossa vivência cotidiana de trabalho percebemos que ambos os equipamentos sociais são alvos de críticas e elogios por parte dos usuários, familiares e profissionais, o que reforça nosso interesse de compreender essa discussão no âmbito da Reforma Psiquiátrica.

Salientamos, ainda, que não se constitui objeto de estudo principal de nossa pesquisa a relação entre o Serviço Social e a política de Saúde Mental, entretanto, nos valem os referências nesta área por considerarmos o tema bastante relevante para a formação acadêmico-profissional em Serviço Social, visto que, segundo Bisneto (2007), há uma carência

de pesquisa nesse seguimento, contrária à expressividade de profissionais de Serviço Social inseridos nesse âmbito. Isso corrobora com a necessidade do desenvolvimento e da criação própria de trabalhos científicos por parte dos (as) assistentes sociais e estudantes, objetivando não só embasar os profissionais em suas atividades, mas também, reafirmar a legitimidade do trabalho da categoria e contribuir para o reconhecimento social da mesma através da produção de fundamentos *sui generis*.

De acordo com o CFESS, o preconceito estabelecido em volta do sofrimento psíquico e as condições de vida da grande maioria dos usuários dos serviços de Saúde Mental se constituem como umas das múltiplas expressões da questão social. Nesse sentido, o papel do (a) assistente social é justamente intervir nessa realidade, ampliar e consolidar a cidadania, romper com os estigmas e a exclusão existentes em torno dessa matéria através da inserção de profissionais, usuários, familiares e comunidade no Movimento da Luta Antimanicomial (CFESS, 2012).

Além do mais, pensamos que o desenvolvimento desse trabalho poderá trazer reflexões sobre os benefícios sociais voltados à população usuária, visto que procuramos apresentar dados da realidade sob uma perspectiva crítica à ordem burguesa e suas refrações na Saúde Mental e na Reforma Psiquiátrica, o que poderá dar subsídios para correta compreensão desse público acerca da política em questão, bem como fundamentá-lo em suas exigências por melhor atendimento.

Desse modo, partindo do pressuposto de que o CAPS é o modelo a ser seguido como equipamento substitutivo ao hospital psiquiátrico, e tendo como parâmetro as determinações da Lei nº 10.216⁴ sancionada em 2001 - mas que tramitou no Congresso Nacional durante 12 anos como Projeto de Lei apresentado pelo deputado Paulo Delgado (PT/MG) buscando legitimar os direitos das pessoas em sofrimento mental (BRASIL, 2005), nossa pesquisa tem a intenção de responder à seguinte problemática: Como o CAPS, tem empreendido o processo de desinstitucionalização no município de Fortaleza - CE?

Nessa perspectiva, o estudo realizado tem como objetivo geral analisar o CAPS como equipamento substitutivo ao hospital psiquiátrico no processo de desinstitucionalização.

⁴ A Lei 10.216 de 06/04/2001 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Tem, ainda, como objetivos específicos: investigar qual tem sido a efetiva contribuição desse equipamento no processo de Reforma Psiquiátrica no município de Fortaleza, bem como identificar alguns elementos que interferem ou dificultam para que oCAPS se torne, efetivamente, agente paradigmático e transformador da realidade da Saúde Mental no município.

Nosso artigo está organizado em quatro seções, tendo como ponto de partida a delimitação do objeto e a justificativa de seu estudo na parte introdutória e, em seguida, o apontamento da metodologia utilizada na realização deste estudo. Na sequência, expusemos a fundamentação teórica a partir de algumas categorias de análise que julgamos importantes para o desvelamento do objeto, apresentando, assim, um breve relato histórico sobre a trajetória da loucura à reforma psiquiátrica, com destaque para a Política de Saúde Mental, tendo como referência o CAPS no processo de desinstitucionalização, a partir de sua inserção na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e os desafios da Luta Antimanicomial. Ao final, traçamos as considerações conclusivas deste estudo.

2 METODOLOGIA

Com o propósito de responder ao questionamento sobre a inserção do CAPS na Reforma Psiquiátrica no município de Fortaleza como equipamento estratégico no processo de desinstitucionalização, realizamos uma pesquisa de natureza qualitativa, visto que esta “aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas” (MINAYO, 2009, p.22). E para a construção do nosso referencial teórico utilizamos como categorias de análises: Reforma Psiquiátrica, Desinstitucionalização, Política de Saúde Mental e Luta Antimanicomial.

A pesquisa tem um caráter exploratório, pois teve o objetivo de nos proporcionar uma maior aproximação com o problema pesquisado, possibilitando, assim, uma melhor compreensão do objeto. (GIL, 2002). O estudo se configura do tipo bibliográfico e documental, realizado por meio de leitura crítica de artigos científicos, dissertações, monografias, livros, assim como das legislações referentes ao tema.

Uma das vantagens da pesquisa bibliográfica, segundo Gil (2002), consiste no fato de ela permitir ao investigador a cobertura de uma série mais ampla de acontecimentos do que aquela que poderia pesquisar diretamente além de que, no nosso caso específico, nos possibilitou averiguar fatos históricos impossíveis de serem estudados por outros meios de

coleta de dados.

Desse modo, tomando as devidas precauções e seguindo orientações deste autor, adotamos criteriosa análise das fontes secundárias no sentido de não incorporar, ao nosso trabalho, dados contraditórios que poderiam nos levar a reproduzir ou ampliar erros. Portanto, assegurando-nos da fidedignidade das informações, chegamos a algumas reflexões acerca da temática.

Devido à condição privilegiada dos autores da pesquisa de trabalharmos nos respectivos equipamentos sociais inseridos na rede de Saúde Mental - CAPS e o Hospital Psiquiátrico, outro recurso empregado para a coleta de informações que podemos destacar foi a observação participante. A observação esteve presente desde “a formulação do problema, passando pela construção de hipóteses, coleta, análise e interpretação dos dados” (GIL, 2008, p.119). Essatécnica consiste no fato de o pesquisador ir a campo e registrar em um diário tudo aquilo que observa com o intuito de conhecer a realidade vivenciada no local escolhido para a pesquisa (MINAYO,2009).

Nesse caso, embora nossa presença cotidiana nestes espaços tenha sido na condição de trabalhadores de nível médio e técnico e não de estudantes ou estagiários de Serviço Social, nos valem do uso de diário de campo para registrar e documentar nossas impressões acerca do tema durante a elaboração do presente estudo. É importante destacar a importância da documentação para a formação em Serviço Social na análise e obtenção de dados, pois possibilita melhor percepção sobre a sistematização da intervenção. Nesse sentido, o diário de campo, mais do que simplesmente registrar informações, foi utilizado para registrar reflexões sobre uma determinada realidade contribuindo para a investigação e também para perceber o direcionamento profissional adotado neste *locus*. (LIMA; MIOTO; DAL PRÁ,2007).

Uma vantagem da observação participante é de “podermos captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que, observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real” (MINAYO, 2001; p. 59-60).

Uma desvantagem é que, para desenvolvê-la em sua potencialidade, o pesquisador precisa de uma postura de empatia e depende da aceitação do grupo. Algo não muito fácil, segundo a autora. Porém, em nosso caso, tivemos certa facilidade, pois observamos o nosso próprio *locus* de trabalho.

Evidenciamos, porém, o reconhecimento de que a observação participante por nós realizada foi limitada no sentido de que se restringiu a apenas dois equipamentos: um hospital

e um CAPS, porém, dada a relevância do tema de interesse de darmos prosseguimento a esse estudo em outro momento posterior de nossa formação acadêmica-profissional.

3 DA LOUCURA À REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Na Grécia Antiga, a loucura era considerada um dom divino sendo bem aceito pela sociedade. Durante a Idade Média, tudo começou a mudar, os loucos passaram a ser considerados possuídos por demônios, sendo colocados na fogueira da inquisição. No Renascimento, período de transição da Idade Média para a Idade Moderna, a loucura foi denominada uma doença, todavia, em vez de receber tratamento, os loucos foram excluídos do convívio social juntamente com os homossexuais, prostitutas, mendigos, medida adotada para manter a ordem social (MARTINS, 2014).

Bisneto (2007), reforça que o fenômeno da loucura passou por inúmeras categorizações, como por exemplo: castigo dos deuses, experiência trágica de vida, possessão por demônios e poderes sobrenaturais. Era apreciada ou combatida conforme se manifestava em diferentes contextos de dada época e determinada sociedade.

No século XVIII surge a psiquiatria, especialidade médica que tem como precursor o psiquiatra Philippe Pinel, que se dedica à compreensão da loucura. Como método, propõe o tratamento dos indivíduos considerados loucos, nos manicômios, através da educação moral, entretanto essa proposta de tratamento precisaria ser aperfeiçoada (MARTINS, 2014).

Com o advento da modernidade e a ascensão do capitalismo que preconiza o pensamento racional, a loucura passou a ser tratada como falta de razão, sendo desvalorizada e, de forma negativa, sendo considerada fora da normalidade. Com a contemporaneidade, essa racionalidade foi apropriada pelo discurso médico e o que era anormalidade transformou-se em patologia (BISNETO, 2007).

No Brasil, conforme Martins (2014), a loucura historicamente foi tratada de forma a manter as pessoas reclusas em manicômios. Somente no final da década de 1970 é que eclode no país a Reforma Psiquiátrica, movimento que envolve profissionais da saúde mental e familiares de usuários com transtornos mentais, com a intenção de modificar a forma de tratamento dos “loucos” com uma perspectiva de reinseri-los na sociedade.

O início do processo de reestruturação do atendimento em saúde mental também foi fundamental na contribuição para a inserção dos usuários de substâncias psicoativas na Política de Saúde Mental. Para Landim (2016), essa questão era tratada pelo Estado desde o início do século XX, contudo, sempre sob a ótica da segurança pública e da criminalização

desse usuário.

Assim, para essa autora et al, o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), associado aos estudos que mostravam em 1991 que 26,5% das pessoas infectadas pelo HIV eram usuárias de substâncias psicoativas injetáveis, bem como, o processo de Reforma Psiquiátrica e a confirmação de que 35,6% dos leitos psiquiátricos em 1992 eram ocupados por uma população com problemas relacionados ao uso abusivo de álcool, foram fatores que contribuíram para o reconhecimento, pelo Estado, da problemática do consumo de substâncias psicoativas como uma questão de saúde pública e não apenas de segurança.

Para tratarmos sobre o tema da Reforma Psiquiátrica Brasileira, consideramos necessário um breve esclarecimento sobre o modelo de Reforma Psiquiátrica italiano, também denominado de Psiquiatria Democrática, no qual o Brasil se espelhou para criação do seu próprio processo. Outro termo, também muito usado em nosso trabalho e que será abordado mais adiante, merece ser previamente definido para um melhor entendimento do nosso estudo: a desinstitucionalização. E ainda, para nos referirmos às pessoas acometidas de doenças mentais utilizaremos o termo “transtorno mental” (CID-10, 1998) ou “sofrimento psíquico” (AMARANTE, 2007).

3.1 Desinstitucionalização: um Conceito em Movimento

A Luta Antimanicomial na Itália teve início na década de 1960 tendo como principal líder, o psiquiatra Franco Basaglia que, junto com sua equipe, deu início a novas formas de assistência em Saúde Mental a partir de experiências nos hospitais psiquiátricos das cidades de Gorizia e Trieste.

As práticas revolucionárias inventadas por Basaglia vão de encontro ao saber psiquiátrico da época que preconizava o tratamento das pessoas com transtornos mentais através do isolamento em hospitais psiquiátricos. Assim as práticas iniciadas pelo médico italiano valorizavam formas alternativas de tratamento visando sempre a reinserção dos usuários às suas comunidades. Ou seja, “as reflexões de Basaglia e dos reformadores de Gorizia voltaram-se para o projeto institucional da psiquiatria. Reconheceram que a liberdade é o primeiro passo para a cura do doente” (HEIDRICH, 2007. p. 46).

Ainda, segundo essa autora, a experiência italiana levou em conta, para analisar o manicômio e a psiquiatria, as relações de exploração, coação e intolerância presentes na sociedade.

Essas experiências levaram ao fechamento dos hospitais psiquiátricos nessas

idades da Itália onde foi constituído um circuito de atendimento em Saúde Mental que produzia e oferecia novas formas de cuidado e, ao mesmo tempo, de sociabilidade que posteriormente foi se espalhando e ganhando apoio da sociedade culminando com a aprovação pelo Parlamento daquele país da Lei 180/78, conhecida também como Lei Basaglia, que previa a extinção dos manicômios, determinava o respeito à dignidade da pessoa e aos direitos civis e políticos e ainda, na medida do possível, permitia ao interessado a escolha do médico e do local de tratamento.

O termo “desinstitucionalização” muito frequentemente usado no discurso do contexto da reforma psiquiátrica brasileira, a exemplo da reforma italiana, para Amarante (2007), consiste no trabalho de completo desmonte das instituições psiquiátricas tradicionais e na construção de um complexo de assistência em saúde mental comunitário.

Contudo, o processo de desvinculação dos usuários com as instituições totais, segundo Martinhago e Oliveira (2012), não deve se resumir à simples desospitalização ou desinternação dos mesmos sob o risco, principalmente, da descontinuidade do tratamento. Ou seja, a desinstitucionalização exige a construção de um complexo sistema de atendimento em rede, para a pessoa que estava internada, visando atender suas necessidades na comunidade. Como veremos, aqui, a reforma foi iniciada objetivando atender a essa perspectiva.

Assim o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, a partir do modelo italiano, surgiu mais concretamente, segundo Tenório (2002) apud Amarante (1995), no final da década de 1970 quando o regime ditatorial brasileiro, vivido desde o golpe militar de 1964, dava sinais de decadência. Esse período foi marcado pela significativa inserção de movimentos sociais na luta por direitos. Dentre esses movimentos, surge em 1978 o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) que reivindicava, além de melhores salários para a categoria, melhorias no atendimento às pessoas em sofrimento psíquico.

Um fato histórico que também merece destaque no processo de Reforma Psiquiátrica brasileiro é a Declaração de Caracas, evento que consistiu no encontro ocorrido em Caracas na Venezuela no ano de 1990, que foi proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e que reuniu na Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde, as organizações, associações, autoridades da saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas que deliberaram sobre a atenção em Saúde Mental. Para Cardoso et al. (2014), foi esse ato político que “definiu os princípios fundamentais para a Reforma Psiquiátrica nas Américas” (CARDOSO, et al., 2014, p.60).

Em 2001, é aprovada a Lei Federal 10.216 que trata dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico. Essa lei dá origem a Política de Saúde Mental propondo um novo modelo

assistencial através de equipamentos substitutivos aos hospitais psiquiátricos e incentiva ações de reabilitação social por meio da inserção no trabalho, cultura e lazer (BRASIL,2005).



3.1.1 Dados do processo de desinstitucionalização no Ceará

O Ministério da Saúde (MS), seguindo o propósito de desinstitucionalização, entendido como “um processo de desconstrução de velhas práticas manicomiais e a construção de novos saberes que privilegiam a subjetividade do sujeito, a autonomia e o livre exercício da cidadania” (DUARTE, 2007, p.26) adotou algumas medidas dentre as quais estão: o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), o Programa “De Volta para Casa” e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) (BRASIL, 2005).

Segundo a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA/CE), o PNASH/Psiquiatria é uma estratégia da Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde que avalia o real nível de qualidade da assistência prestada nos hospitais psiquiátricos do país e é realizado mediante aplicação de quatro formulários padronizados para cada unidade hospitalar, divididos em: avaliação técnica, avaliação para usuários de ambulatório, avaliação para usuários de internação e avaliação para usuários de emergência (SESA/CE,2015).

No período de 2012/2014 as equipes de vistoria avaliaram 143 hospitais psiquiátricos pelo país. No Estado do Rio de Janeiro e no município de Juiz de Fora (MG), o PNASH/Psiquiatria não foi realizado, cuja razão desconhecemos. O resultado dessa avaliação foi publicado pelo Ministério da Saúde (MS) através da Portaria nº 1.727 de 24 de novembro de 2016.

No município de Fortaleza funcionam, atualmente, 03 hospitais psiquiátricos. São eles: Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto; Instituição Espírita Nosso Lar e o Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo que é vinculado à Irmandade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza. Contudo, ao observarmos os dados da avaliação através da referida Portaria, notamos que apenas os dois primeiros são mencionados e classificados. Desconhecemos o motivo da omissão em relação ao terceiro equipamento.

Referindo-se ainda ao Ceará, a Casa de Saúde Santa Tereza no município do Crato apresentou baixa qualidade de atendimento e foi relacionada entre as instituições indicadas para descredenciamento junto ao Sistema Único de Saúde (SUS). Já o Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (Hospital Mental de Messejana), unidade da rede de assistência da Secretaria de Saúde do Estado, obteve a maior nota entre todas as instituições

avaliadas no país. A nota final de 97,56 atribuída ao HSM foi a maior dentre as 143 instituições avaliadas, que juntas ficaram com média de 65,98 (SESA/CE,2015).

Sobre a avaliação desenvolvida pelo PNASH/Psiquiatria, consideramo-la importante pelo fato de haver certa preocupação, por parte do Estado, com a qualidade dos serviços oferecidos pelos hospitais psiquiátricos. Dados empíricos de nossa observação participante, obtidos e anotados em nossos diários de campo em agosto de 2017, proporcionaram a constatação de que:emborahaja reclamações, os usuários e familiares encontram no ambiente do hospital psiquiátrico a satisfação de parte de suas demandas e, a partir disso, constroem um discurso de valorização desse espaço.

Foi observado que a grande maioria dessas pessoas também é usuário dos CAPS. Contudo, deixam de procurar esse serviço por diversos problemas, tais como a falta de remédios e a insuficiência de profissionais, principalmente, de médico psiquiatra. Assim, não têm suas demandas imediatas atendidas e, por conta disso, criticam esses equipamentos desqualificando, com certa razão, todo o discurso da Reforma Psiquiátrica de que eles devem substituir os hospitais.

Outra percepção nossa é que o empenho do gestor do hospital para melhorar o serviço visa à manutenção da existência do mesmo configurando-se, portanto, uma desarmonia com propósito da reforma que prevê seu fechamento.

Destarte, através da convivência com o ambiente hospitalar psiquiátrico desde 1991, atualmente podemos evidenciar melhorias no que diz respeito ao cuidado com a higiene dos usuários e do ambiente, bem como, na oferta dos serviços de hotelaria o que proporciona a motivação, em certos casos, pela procura dos serviços dessa instituição com vistas a satisfazer necessidades de vulnerabilidades ocasionadas por situação de rua em detrimento da procura pela assistência ao transtorno mental ou sofrimento psíquico. Isso, certamente, se configura como uma deficiência da intersectorialidade proposta pelo movimento de reforma.

O Programa “De Volta para Casa” foi criado através da Lei 10.708/03 que Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para usuários com transtornos mentais egressos de internações em hospitais psiquiátricos e que tenham permanecido internados durante período igual ou superior a 02 anos, que estejam aptos e de comum acordo para a reintegração social.

Assim, seguindo a proposta de reintegração social, o programa supracitado consiste em um benefício pecuniário mensal ao usuário, que terá a duração de um ano, podendo ser renovado quando necessário (BRASIL, 2005). Em dezembro de 2014, de acordo com o Ministério da Saúde, mais de 4.300 pessoas eram beneficiárias do programa.

Outro mecanismo que podemos destacar são os Serviços de Residências

Terapêuticas (SRT) criados pela Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, instituídos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e modificados pela Portaria 3.090/GM/MS de 23 de dezembro de 2011; são casas localizadas em áreas urbanas e têm como público-alvo as pessoas em sofrimento psíquico egressas dos hospitais psiquiátricos e/ou hospitais de custódia, tendo a perspectiva de garantir a esse público o direito à moradia digna e a promoção da reintegração social. São constituídas nas seguintes modalidades: SRT tipo I e SRT tipo II. Não iremos descrevê-las, pois não são objetos do nosso estudo, porém, achamos importante citar que cada SRT é referenciada por um Centro de Atenção Psicossocial e inserida na rede de atenção à saúde mental dentro da lógica do território (BRASIL, 2005).

Assim, podemos afirmar, de acordo com nossas observações registradas no diário de campo no mês de dezembro de 2016, que os moradores da Residência Terapêutica situada na área da Regional II em Fortaleza, localizada no bairro Aldeota, são assistidos pelos profissionais do CAPS Geral desta regional, a saber: psiquiatra, massoterapeuta, enfermeiro, terapeuta ocupacional, que prestam atendimento psiquiátrico e também promovem atividades de inclusão social a citar a festa natalina que contou com a participação dos moradores da Residência e os usuários do CAPS.

3.2 Política de Saúde Mental: O CAPS como Principal Instrumento de Substituição ao Manicômio.

A Lei 10.216 de 06/04/2001 determina em seu Art. 3 que “é responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de Saúde Mental, como também a assistência e a promoção de ações de saúde às pessoas em sofrimento psíquico com a devida participação da família”.

Em seu Art. 4 - § 1º, estabelece que:

O tratamento vise como finalidade permanente, a reinserção social do usuário em seu meio; no § 2º, diz que o tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral ao usuário, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros;

Ainda no Art. 4 - § 3º, refere que “é vedada a internação do usuário em instituições com características asilares, ou seja, aquelas em não conformidade com o § 2º desse mesmo artigo”.

Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde Mental tem por objetivo, segundo

Cardoso et al. (2014), efetivar um modelo de assistência psiquiátrica de forma aberta e com uma base comunitária e, para isso, utiliza-se da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que por sua vez, compõe-se de alguns mecanismos que devem funcionar de forma articulada visando contribuir com tal objetivo. “Uma rede se conforma na medida em que são permanentemente articuladas instituições, associações, cooperativas e variados espaços das cidades” (CARDOSO et al., 2014, p. 61).

Assim, segundo esse autor, a RAPS como mecanismo local que compartilha dos princípios do SUS e caracteriza-se por ser essencialmente pública, de base comunitária e por estar submetido a um controle social fiscalizador e gestor, contribui de forma significativa na efetivação da Política de Saúde Mental.

Sobre o CAPS, Acioly (2006) identifica que o primeiro a ser instalado no Brasil data do ano de 1986 em Santos - SP, porém, o Ministério da Saúde (MS) só reconheceu esses estabelecimentos em 1992 através da Portaria MS/SAS 224 de 29 de janeiro de 1992. Apesar disso, observamos que somente foram regulamentados por meio da Portaria GM/MS 336 de 19 de fevereiro de 2002 que os categorizou de acordo com o porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD (álcool e drogas para atender pessoas com problemas pelo uso de álcool ou outras drogas), e CAPS i (infantil-direcionado para atender crianças e adolescentes) (BRASIL, 2004).

A Portaria do MS nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), reafirma os critérios populacionais para instalação dos CAPS e, independentemente do porte, estabelece que todos devessem atender às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

O primeiro CAPS do Ceará foi instalado no município de Iguatu em 1991. A partir dessa iniciativa mais unidades foram implantadas em outros municípios, tais como: Canindé (1993), Quixadá (1993), Icó (1995), Cascavel (1995), Aracati (1997).

Em Fortaleza, conforme Acioly (2006), o primeiro CAPS surgiu no ano de 1998 sob a iniciativa da Universidade Federal do Ceará (UFC). Atualmente a Rede de Atenção Psicossocial do Município dispõe de 15 Centros, sendo seis CAPS GERAL, sete CAPS AD e dois CAPS Infantis.

Diante dessa nova perspectiva, as pessoas com transtorno mental passaram a poder usufruir de um tratamento humanizado que não se resume apenas em medicações, mas se realiza através de um trabalho terapêutico “voltado para reconstruir as pessoas como atores sociais, para impedir-lhes o sufocamento sob o papel, o comportamento, a identidade estereotipada e introjetada que é a máscara que se sobrepõe à dos doentes” (ROTELLI, 1988, p.03).

O CAPS, criado quando ainda nem havia se instituído uma Política de Saúde Mental, é o equipamento fundamental na Luta Antimanicomial, pois tem a responsabilidade de substituir os hospitais psiquiátricos e não apenas ser um serviço complementar, posto que, através de uma rede intersetorial, deve oferecer cuidados clínicos e sociais que proporcionem boa qualidade de vida, inclusão e emancipação social (BRASIL,2004).

Estes dispositivos devem funcionar como articuladores da rede de Política de Saúde Mental, mas para que haja efetividade funcional, devem estar em constante sintonia no território com os outros instrumentos estruturantes: mecanismos da Atenção Básica, Equipe saúde da Família (ESF), o Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF) Cardoso et al. (2014), inclusive, a integração entre as Unidades de Saúde (US) e os CAPS, pode ser fortalecida com a implementação efetiva do apoio matricial que de acordo com Iglesias e Avellar (2014, p. 02) é definido:

[...] como proposta do Ministério da Saúde para a articulação entre a rede de Saúde Mental e as Unidades de Saúde, com vistas à implementação de uma clínica ampliada, ao compartilhamento no cuidado a estes usuários, à integração dialógica entre diferentes categorias profissionais e especialidades, à promoção à saúde e à disponibilização de outras ofertas terapêuticas através de um profissional de saúde mental que acompanhe sistematicamente as USs.

Nos registros do diário de campo referente ao mês de agosto de 2017, pôde ser observado que no CAPS da Aldeota, os profissionais psiquiatra, terapeuta ocupacional, enfermeiro e psicólogo fazem parte da equipe de matriciamento e, semanalmente, dão apoio nos postos de saúde da regional II compartilhando conhecimentos com os profissionais efetivos nessas unidades para que eles possam estar capacitados para atender aos usuários que apresentem sofrimento psíquico. Além disso, uma preocupação da equipe matriciadora é que as unidades saibam distinguir o usuário com transtorno leve e moderado do grave e persistente e, neste caso, encaminhá-lo para o acompanhamento noCAPS.

O resultado desse trabalho é percebido de forma lenta, pois ainda existe muita resistência por parte dos profissionais dos postos de saúde em atender esse público. Nesse sentido, acontece muitas vezes de o usuário chegar à unidade com um transtorno leve e, quando encaminhado ao CAPS, é classificado com um perfil não condizente para continuar noserviçosenão,então,reencaminhadoparaopostodesaúde.Comoconsequência,issoacaba causando um mal-estar para o usuário que pode gerar, também, dúvidas sobre a eficácia do matriciamento. Levando em consideração a recorrência desses casos, lembramos que a atuação da equipe matriciadora é importante e sua boa articulação promove o fortalecimento da RAPS e corrobora com o que especifica a Resolução 3.088/11 do Ministério da Saúde

(MS) em seu Art. 7º §2º que prevê as ações de forma articulada com outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes.



3.3 CAPS e os Desafios na Luta Antimanicomial

O dia 18 de maio foi escolhido para celebrar o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, essa data remete ao II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) ocorrido em 1987 no município de Bauru, São Paulo. Nesse evento foi adotado o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Ainda nesse ano foi realizado a I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro. Esses eventos significaram a ruptura de paradigma sobre a assistência dada às pessoas em sofrimento psíquico (BRASIL, 2005). Na cidade de Fortaleza, bem como nas principais capitais do país, esta data é celebrada com a promoção de eventos informativos e de capacitação e mobilização da população usuária dos serviços de Saúde Mental.

Como elemento de destaque no processo de quebra de paradigmas, destacamos o CAPS como o principal equipamento estratégico no processo da Reforma Psiquiátrica, considerando que este agregou uma nova perspectiva de vida para as pessoas em sofrimento psíquico e usuários de substâncias psicoativas, bem como, para seus familiares. Sua importância foi ressaltada desde 2011 com a instituição da RAPS que contribuiu para a organização da luta antimanicomial.

Em seu estudo pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), já citado anteriormente, Landim (2015) afirma que os CAPS têm contribuído significativamente na qualidade do atendimento em Saúde Mental e para a diminuição das internações, bem como, para o fechamento de hospitais psiquiátricos em nosso município. Contudo, o mesmo estudo revela a necessidade de expansão, melhorias estruturais e readequação de algumas práticas nesses instrumentos visto que:

O processo de associação dos usuários de substâncias psicoativas a internações em Comunidades Terapêuticas traz semelhanças com o processo manicomial anteriormente vivenciado pela Política de Saúde Mental nos anos 1960, com a expansão dos hospitais psiquiátricos e a comercialização da loucura. Hoje, o “mercado da cura” tem como alvo de investimento os usuários de substâncias psicoativas, através da inserção destes nas Comunidades Terapêuticas, reforçando, pois, o seu isolamento e a exclusão social. Nesse processo, os CAPS AD de Fortaleza acabaram tendo um papel secundário no rol da Política de Saúde Mental, pois no decorrer dos últimos anos, passaram a ser vistos como “ponte” para o ingresso destes usuários nas Comunidades Terapêuticas, isto é, muitas vezes, como meros instrumentos de encaminhamento à internação (LANDIM, 2015. p.108).

A medicalização reflete outro desafio a ser superado. O uso do termo se emprega para denotar o excesso de medicação. Atualmente, diante de problemas subjetivos cotidianos é constantemente incentivada a utilização de psicofármacos como se fosse a única alternativa de lidar com o conflito vivenciado, isso porque, a quantidade de sintomas existentes nos manuais se referindo ao sofrimento psíquico e o intenso desenvolvimento da indústria farmacêutica reforça a banalização do diagnóstico e o uso inadequado de medicações (GUARIDO,2007).

Daí a recusa dos hospitais psiquiátricos e defesa de leitos em hospitais gerais, pois o longo período de internação segrega o indivíduo, aliás, o que se pretende é a desinstitucionalização, ou seja, não apenas a desospitalização (saída do hospital) mas inserir as pessoas que estão em sofrimento psíquico em serviços de atendimento psicossocial (OLIVEIRA,2016).

Devemos também mencionar a necessidade que os profissionais têm de capacitação, podemos citar como exemplo: o processo de Seleção Pública para a Contratação por Tempo Determinado de Profissionais da Área de Saúde promovida pela Prefeitura Municipal de Fortaleza.

Esse é um processo com abertura de inscrição a cada dois anos e os candidatos aprovados através da realização de uma prova objetiva são lotados em diferentes unidades de saúde, dentre elas, equipamentos de atenção psicossocial. Independentemente do local de lotação, nesse período de ingresso, não é ofertado uma capacitação específica (IMPARH, 2016), assim o profissional não possui a preparação adequada para o desenvolvimento das atividades, o seu conhecimento vai sendo adquirido a partir da prática do dia a dia.

Conforme registrado no diário de campo no primeiro semestre de 2017 onde, nesse período, ocorreu o término do contrato de vários profissionais, foi percebida a dificuldade dos novatos em se adaptar às atividades do serviço, principalmente em relação à avaliação inicial que, no CAPS da Aldeota, essa é uma atividade desempenhada por todos os profissionais de nível superior da qual o médico psiquiatra não participa.

Ou seja, independentemente das peculiaridades de atendimento de cada categoria profissional, a atividade de primeira avaliação do usuário exige uma capacidade que a experiência e o conhecimento do serviço pelos profissionais podem vir a influenciar de alguma forma na mesma. É bem certo que cada categoria tem uma forma de analisar, mas há aspectos que não podem ser dispensados, além de que, a contratação temporária de funcionários resulta numa quebra de vínculo entre usuário/equipe, sendo necessário seu restabelecimento por nova turma que substitui a antiga ocasionando, com isso, uma

descontinuidade no tratamento.

Além da ausência de educação permanente, essa forma de contratação reflete a flexibilização do trabalho gerada pelo neoliberalismo que defende a limitação do Estado sob o discurso da redução de gastos garantindo livre economia de mercado. Como resultado, percebemos: o enxugamento de mão de obra; intensificação do trabalho e aumento da jornada sem correspondente aumento dos salários; estímulo à competição entre os trabalhadores em um contexto recessivo que dificulta a organização sindical; ampliação das relações de trabalho não formalizadas ou “clandestinas”, com ampla regressão dos direitos (IAMAMOTO,2007).

Desse modo, os profissionais ficam desmotivados tanto para lutar por melhores condições de trabalho como em favor de melhorias no atendimento psicossocial. Eles se encontram alienados ao processo de trabalho. O Ministério da Saúde, reconhecendo essa precariedade, criou um Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS (BRASIL, 2006), mesmo assim, os vínculos de trabalho no SUS continuam sem garantir o pleno gozo de direitos trabalhistas e previdenciários.

Devemos levar em consideração, ainda, o investimento em saúde mental que de acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria (2014), no Brasil são investidos apenas 2% do orçamento total dos recursos do Ministério da Saúde. Esse investimento é muito pequeno considerando que 3% da população necessitam de acompanhamento por apresentar um quadro clínico severo e persistente, e mais 9% precisa de atendimento eventual, e quanto às pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas (álcool e drogas) a necessidade atinge cerca de 6 a 8% da população (BRASIL, 2004) e esse quantitativo vai se alterando dependendo da abrangência das políticas e serviços ofertados para as pessoas com transtornos mentais.

Outro desafio existente nesse processo de luta é a ausência da participação popularemconselhosdasaúde,órgãosquepossibilitamoexercíciodecontroledemocráticosobre o sistema de saúde, como também a participação em outras políticas, já que é preciso uma integração intersetorial (VASCONCELOS, 2001).

Esse autor menciona também que o controle social abrange a sensibilização dos representantes nas instituições do Estado, seja no legislativo, executivo e judiciário; participação de sindicatos; Organizações não governamentais (ONGs); partidos políticos; articulação com outros movimentos sociais; usuários e familiares para que possam estar envolvidos na reorientação do modelo assistencial em saúde mental.

Dessa forma, nossa observação participante constatou, como exemplo de participação dos usuários e familiares, a Assembleia dos Usuários, que é uma reunião organizada mensalmente no CAPS da Aldeota para que os mesmos apresentem as suas

reivindicações e, assim, esses apontamentos sejam discutidos nas reuniões de conselho e gestão em prol de melhorias, mas o que ocorre é que devido à baixa adesão destes membros, as assembleias não alcançam o resultado desejado.

Mediante tantos desafios o Conjunto CFESS-CRESS se posiciona em favor desse movimento, inclusive, no 40º Encontro Nacional que ocorreu em 2011, destacaram-se as seguintes deliberações:

Defesa da ampliação e dos investimentos nos serviços da rede pública de atenção integral às pessoas em sofrimento mental e drogadição, posicionando-se contra a privatização dos serviços de saúde mental; fortalecimento dos movimentos sociais para a interlocução com os demais conselhos de classe, buscando o protagonismo dos usuários e familiares da saúde mental, álcool e outras drogas; • incentivo à participação dos/as assistentes sociais nos movimentos sociais, grupos temáticos, conselhos de direitos e demais espaços de mobilização, fomentando o debate sobre a reforma psiquiátrica; • incidência política junto às instâncias de gestão e de deliberação acerca dos critérios de implantação dos serviços de saúde mental, especialmente, os CAPs, possibilitando que mais usuários tenham acesso a esses serviços especializados; • garantia e acompanhamento da efetivação das deliberações na IV Conferência Nacional Intersetorial de Saúde Mental; • defesa e fortalecimento da Política Nacional de Redução de Danos como possibilidade de cuidado e promoção da saúde, endossando o seu caráter intersetorial com destaque para as políticas de educação pública e de defesa dos direitos das crianças, adolescentes e juventudes (CFESS/CRESS, 2011,p.2).

Estas deliberações reconhecem, assim, as pessoas com transtornos mentais como sujeito de direitos e incentivam o incremento da participação popular através da criação de movimentos e de associações oriundos essencialmente das classes menos favorecidas que são os principais potenciais ou já usuários da Política de Saúde Mental.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Baseado no estudo das referências citadas, podemos apontar algumas respostas ao questionamento proposto no início do trabalho sem, contudo, ter a pretensão de afirmar que tal questionamento, bem como a resposta que encontramos para ele, possa ser a verdade absoluta sobre a realidade da Saúde Mental em nosso município, pois, como relatamos na metodologia, nossa observação se limitou a dois equipamentos os quais se constituem opostos perante a Reforma Psiquiátrica.

Contudo, essa suposta limitação do estudo não desqualifica nossas observações, pois elas corroboraram com os estudos bibliográficos realizados. Destacamos, ainda, no processo de elaboração do presente estudo, nossa condição de trabalhadores de nível médio e técnico, no âmbito da Saúde Mental, em equipamentos distintos e opostos, cuja importância

tem significância no que diz respeito à coleta de dados obtidos na cotidianidade do trabalho em Saúde Mental, visto que, nosso interesse parte da mútua curiosidade pelo tema, bem como, pela conveniência do desenvolvimento do TCC.

A partir de nossas observações, destacamos que não podemos fazer generalizações, mas, associando-as aos estudos feitos em outros equipamentos sociais, ampliamos nossa capacidade de leitura do movimento do real e podemos concluir que os CAPS, mesmo com suas limitações, são dispositivos que mais se aproximam do atendimento proposto pela Reforma Psiquiátrica para a substituição dos hospitais psiquiátricos em Fortaleza.

Nosso estudo possibilitou percebermos que a criação desse serviço contribui para a redução das internações psiquiátricas e promoveu o fechamento de hospitais psiquiátricos. Contribuem também para que os usuários tenham uma nova perspectiva de vida e possam criar possibilidades para a inserção social através da promoção de acesso ao trabalho e lazer e para que recebam um tratamento de saúde mais humanizado, conforme a Lei nº 10.216/01.

Todavia, também podemos constatar a presença de alguns desafios que requerem urgência para serem superados e que comprometem a potencialidade dos CAPS como por exemplo: o baixo percentual de investimento, pelo Estado, em Saúde Mental, proporcionalmente ao número de casos existentes em nossa sociedade; contratação temporária e precarizada da quase totalidade dos servidores e não capacitação dos mesmos; práticas inadequadas como, medicalização e intermediação entre usuários e comunidades terapêuticas, caracterizando um retrocesso ao modelo antigo e o incipiente matriciamento que tem evolução muito lenta prejudicando, assim, o reforço da intersetorialidade.

Esses e outros possíveis problemas, que não nos detemos em nosso estudo, restringem a capacidade qualitativa dos CAPS de proporcionarem um atendimento integral em Saúde Mental, como também, sua capacidade de atendimento de toda a demanda da população usuária.

Por outro lado, o hospital psiquiátrico, melhorado em alguns aspectos, continua recebendo os que se dizem não conseguir acesso a esses dispositivos. Isso reflete a falta de investimento na estrutura e na criação de novos CAPS para conseguir efetivamente atender a todos, bem como, às pessoas que procuram o hospital psiquiátrico em busca de abrigo e comida, cuja realidade reflete a deficiência da intersetorialidade.

O atual momento socioeconômico e político que vivenciamos revela a perda de direitos conquistados a partir de lutas históricas, como é o caso da proposta de contrarreforma trabalhista do governo de Michel Temer que acentua o quadro reacionário e, parafraseando Marilda Iamamoto (2007): através da ideologia neoliberal, valoriza o Estado mínimo,

promove a privatização de nossas riquezas e defende que a regulação social seja feita pelo mercado.

De certa forma, esta situação deve despertar em nós o desejo de seguir as orientações do CFESS no sentido de nos mobilizarmos, através do engajamento e articulação com os movimentos sociais, como forma de garantia e ampliação de direitos e de enfrentamento aos desmontes das políticas sociais, tais como a Saúde Mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABP (Associação Brasileira de Psiquiatria). **Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil**, 2014. Disponível em: <<http://www.abp.org.br/portal/wp-content/upload/2014/10/diretrizes.pdf>>. Acesso em: 01 de out. 2017.

ACIOLY, Yanne Angelim. **Reforma psiquiátrica: com a palavra, os usuários**. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará. Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade, 2006. Disponível em: <[http://www.uece.br/politicasuece/dmdocuments/yanne_angelim_acioly\[1\].pdf](http://www.uece.br/politicasuece/dmdocuments/yanne_angelim_acioly[1].pdf)>. Acesso em: 01 de out. 2017.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2007.

Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

BISNETO, José Augusto. **Serviço social e saúde mental: uma análise institucional da prática**. São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.090, de 23 de Dezembro de 2011**. Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Brasília. 2011.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 01 de out. 2017.

Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS: perguntas & respostas: Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da**

Regulação do Trabalho em Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

Ministério da Saúde. **Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 01 de out.2017.

Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html> Acesso em: 01 de out.2017.

Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Nº 10.708, de 31 de Julho de 2003.** Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para usuários acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília.2003.

. **Portaria Nº 1.727, de 24 de Novembro de 2016.** Dispõe sobre a homologação do resultado final do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH/Psiquiatria 2012/2014.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Dia Nacional da Luta Antimanicomial.** Disponível em:< <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1373>>. Acesso em: 01 de out. 2017.

CARDOSO, A. J. C.; TRINO, Alexandre; PEDRA, Marcelo; MEDEIROS, P. P. de. **Reforma Psiquiátrica e Política Nacional de Saúde Mental.** Disponível em:<<http://tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1453>>. Acesso em: 01 de out. 2017.

DUARTE, M.L.C. **Avaliação da atenção aos familiares num centro de atenção psicossocial: uma abordagem qualitativa** [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem/USP; 2007. 175p.

FACULDADE ATENEU, **Manual de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)**, 2013. Disponível em: <<http://grupoateneu.com.br/documentos/manual-tcc-faculdade-ateneu.pdf>>. Acesso em: 01 de out. 2017.

GIL. Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. - São Paulo: Atlas, 2002.

GUARIDO, Renata. **A medicalização do sofrimento psíquico:** Considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na educação. Educação e Pesquisa, São Paulo, v.33, n.1, p. 151-161, jan/abr. 2007

HEIDRICH, Andréa Valente. **Reforma psiquiátrica à brasileira:** análise sob a perspectiva dadesinstitucionalização.–PortoAlegre:PUC-RS,2007.Disponívelem: <http://tede.pucrs.br/tde_arquivos/21/TDE-2008-03-10T075453Z-1049/Publico/398635.pdf>. Acesso em: 01 de out. 2017.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço Social em tempo de Capital fetiche:** capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2007. p. 106-181.

IGLESIAS, Alexandra; AVELLAR, Luziane Zacché. **Apoio Matricial:** um estudo bibliográfico. Disponível

em:<<http://www.scielo.org/pdf/csc/v19n9/1413-8123-csc-19-09-3791.pdf>>. Acesso em: 01 de out. 2017.

INSTITUTO MUNICIPAL DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS. Edital N° 33/2016. Disponível em: < https://concursos.fortaleza.ce.gov.br/images/EditalSelecao_332016_SMS_DIVERSAS_ESPECIALIDADES.pdf>. Acesso em: 01 de out. 2017.

LANDIM, Eveline de Souza. **Intervenção da política de saúde mental para usuários de substâncias psicoativas: das políticas às práticas cotidianas.** [recurso eletrônico] / Eveline de Souza Landim – 2015. Disponível em <http://www.uece.br/mass/dmdocuments/eveline_dissertacao_revisado_final.pdf>. Acesso em 25/09/2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 28. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade.** 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MARTINS, Leonardo Viana de Vasconcelos. **Uma Breve História sobre a Loucura.** Disponível em: <<http://psicologizzano.blogspot.com.br/2014/11/uma-breve-historia-sobre-loucura.html>>. Acesso em: 01 de out. 2017.

MARTINHAGO, Fernanda; OLIVEIRA, Walter Ferreira de. **(Des)institucionalização: a percepção dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, Brasil.** Saúde Soc. São Paulo, v.24, n.4, p.1273-1284, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n4/1984-0470-sausoc-24-04-01273.pdf>> Acesso em: 01 de out. 2017.

OLIVEIRA, Edineia Figueira dos Anjos. O Financiamento Federal em Saúde Mental no Brasil após aprovação da Lei de saúde mental. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA DA SAÚDE, 12, 2016, Salvador, BA. **Anais eletrônicos...** Salvador, BA: ABRES, 2016. Disponível em:< <http://abresbrasil.org.br/trabalhos/o-financiamento-federal-em-saude-mental-no-brasil-apos-aprovacao-da-lei-de-saude-mental>>. Acesso em: 01 de out. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.** 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. vol.2

ROTELLI, Franco. **A Instituição Inventada.** Disponível em:<http://www.oriundi.net/files/istituz.invent_po.pdf>. Acesso em: 01 de out.2017.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ (SESA). **Hospital Frota Pinto é o melhor avaliado do Brasil.** Disponível em:<http://www.saude.ce.gov.br/index.noticias/463637-hospital-frota-pinto-e-o-melhor-avaliado-do-brasil->>. Acesso em: 01 de out.2017.

TENÓRIO, F. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito.** História, Ciências, Saúde — Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>> Acesso em: 02 de abr. 2016.

VASCONCELOS, Eduardo M. O Controle Social na Reorientação do Modelo Assistencial em

Saúde Mental no Brasil. **Cadernos de Textos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental**, 1, 42-54, Brasília: Ministério da Saúde,2001.

