



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA
CENTRO DE CIENCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

MARIA TATYANE RIBEIRO DOS SANTOS

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: A IMPORTÂNCIA DA
INTERSERTORIALIDADE E INTEGRALIDADE DAS POLÍTICAS SOCIAIS**

CAMPINA GRANDE-PB

2018

MARIA TATYANE RIBEIRO DOS SANTOS

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: A IMPORTÂNCIA DA
INTERSERTORIALIDADE E INTEGRALIDADE DAS POLÍTICAS SOCIAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) em cumprimento às exigências para obtenção de título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Ms. Bárbara da Rocha Figueiredo Chagas

**CAMPINA GRANDE – PB
2018**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S237s Santos, Maria Tatyane Ribeiro dos.
Serviço social e saúde mental [manuscrito] : a importância da intersetorialidade e integralidade das políticas sociais / Maria Tatyane Ribeiro dos Santos. - 2018.
23 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2018.

"Orientação : Profa. Ma. Bárbara da Rocha Figueiredo Chagas , Departamento de Serviço Social - CCSA."

1. Saúde mental. 2. Serviço social. 3. Reforma psiquiátrica.
4. Políticas sociais.

21. ed. CDD 362.2

MARIA TATYANE RIBEIRO DOS SANTOS

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: A IMPORTÂNCIA DA
INTERSERTORIALIDADE E INTEGRALIDADE DAS POLÍTICAS SOCIAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito parcial para
a obtenção do título de Bacharel em
Serviço Social, pelo Curso de Serviço
Social da Universidade Estadual da
Paraíba – UEPB – Campus I – Campina
Grande - PB.

Aprovado em: 20 / 02 / 2018.

BANCA EXAMINADORA

B. Chagas / Barbara da R. F. Chagas

Profª. Me. Bárbara da Rocha Figueiredo Chagas (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Maria do Socorro Pontes de Souza

Profª. Me. Maria do Socorro Pontes de Souza (Examinadora)

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Maria Noalda Ramalho

Profª. Drª. Maria Noalda Ramalho (Examinadora)

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	4
2. SAÚDE MENTAL E SERVIÇO SOCIAL: TRAJETÓRIA DA POLÍTICA PÚBLICA E INSERÇÃO PROFISSIONAL.....	6
3. INTERSETORIALIDADE E INTEGRALIDADE NA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA.....	12
4. A INTEGRALIDADE E A INTERSETORIALIDADE NA EFETIVAÇÃO DA PRÁXIS DO SERVIÇO SOCIAL EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	17
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	20
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: A IMPORTÂNCIA DA INTERSERTORIALIDADE E INTEGRALIDADE DAS POLÍTICAS SOCIAIS

Maria Tatyane Ribeiro Dos Santos¹

RESUMO:

O artigo ora apresentado, fruto de pesquisa bibliográfica com base em autores que trabalham a temática da saúde mental e sobre o Serviço Social como: Amarante (1995, 2002, 2007), Vasconcelos (2000), Nunes (2003), Bravo (2004), Bredow (2010), Campos (2004), Silva (2008), Severo (2011), Costa (2004, 2009) e Mattos (2001). Tem por objetivo abordar o exercício profissional do assistente social na política de saúde mental, observando-se a importância das diretrizes de intersetorialidade e integralidade na saúde pública brasileira. Para tanto, aborda-se a trajetória sócio histórica da saúde mental no Brasil e a inserção do Serviço Social nesta, onde destaca-se a importância da Reforma Psiquiátrica. O artigo aborda, ainda, a necessidade da atuação em rede para a efetivação da intersetorialidade, além do papel assistente social como profissional primordial na criação de uma rede de cuidados direcionada para a integralidade no atendimento, buscando a autonomia e cidadania dos usuários da política de saúde mental. Ressalta também os desafios presentes no cotidiano do exercício profissional do assistente social postos através do cenário da economia neoliberal e a importância de ações planejadas e qualificadas para alcançar respostas mediatas.

PALAVRAS CHAVES: Saúde mental. Serviço Social. Reforma Psiquiátrica.

1. INTRODUÇÃO

O presente artigo apresenta uma reflexão acerca da relação entre o Serviço Social e a política de saúde mental, considerando o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira e as características da inserção da profissão na referida política, bem como as possibilidades contemporâneas que se efetivam através da intersetorialidade e integralidade das políticas sociais de saúde.

A Reforma Psiquiátrica que ocorre em 1970, possibilita um novo modelo de atenção psicossocial no Brasil, a partir de novos debates sobre as políticas públicas na saúde mental,

¹ Graduanda do Curso de Serviço Social. Universidade Estadual da Paraíba – UEPB. Email: t-haty@live.com

apresentando discussões sobre as práticas profissionais e buscando alcançar um avanço na qualidade do tratamento dos usuários.

O Serviço Social integra a equipe de profissionais da saúde mental desde a década de 1940. Esteve presente no decorrer das transformações pelas quais passou esta política e está presente no enfrentamento dos desafios contemporâneos. Do mesmo modo, a profissão viveu, ao longo destas décadas, um processo de renovação crítica, em que houve a construção do Projeto Ético Político Profissional, empenhado na defesa de direitos da classe trabalhadora.

Assim, há uma relação entre os princípios da profissão presentes no Código de Ética de 1993 e os princípios da Reforma Psiquiátrica, entendendo-se que estes baseiam-se em uma compreensão que ultrapassa os conhecimentos médicos, e avançam na perspectiva da garantia de direitos de cidadania, considerando que o transtorno mental é ocasionado dentre outras questões por fatores socioeconômicos.

A política de saúde mental está garantida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e suas diretrizes abordam a saúde como direito universal e dever do Estado, apoiando-se na integralidade, intersetorialidade e igualdade no controle social.

A intersetorialidade é entendida como articulação de setores nas políticas sociais e é um fator essencial para o enfrentamento do processo saúde/doença através da união das políticas públicas. A integralidade é um princípio garantido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) que pretende ultrapassar a fragmentação no atendimento do usuário, objetivando alcançar ações de prevenção, promoção e reabilitação.

A integralidade e a intersetorialidade na política de saúde mental pretendem efetivar-se por meio dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Estes têm a tarefa de impulsionar a inserção social dos usuários com transtornos mentais, através de ações intersetoriais e controlar a rede de assistência em saúde mental, compondo a rede básica de saúde.

O trabalho traz sua relevância na medida em que busca contribuir com o debate em torno da temática abordada, e socializar as informações sobre o exercício profissional do Serviço Social na política de saúde mental, observando-se a importância das diretrizes de intersetorialidade e integralidade na saúde pública brasileira. A aproximação com o tema deste artigo, se deu mediante uma grande identificação com a área da saúde mental que iniciou-se através de uma visita a um Centro de Assistência Psicossocial (CAPS), no decurso da graduação de Serviço social na UEPB.

Para a elaboração deste artigo foi realizada pesquisa bibliográfica, recorrendo a autores que trabalham a temática e que contextualizam o processo de saúde mental e a

inserção do Serviço Social como: Amarante (1995, 2002, 2007), Vasconcelos (2000), Nunes (2003), Bravo (2004), Bredow (2010), Campos (2004), Silva (2008), Severo (2011), Costa (2004, 2009) e Mattos (2001). Para uma melhor compreensão, optou-se por dividir a exposição em três itens: o primeiro aborda a trajetória sócio histórica da saúde mental e Serviço Social; o segundo discute a relação e importância da intersectorialidade e integralidade na política de saúde brasileira e o terceiro os desafios do exercício profissional do Serviço Social em Centros de Atenção Psicossocial, considerando a importância das diretrizes abordadas no item anterior.

2. SAÚDE MENTAL E SERVIÇO SOCIAL: TRAJETÓRIA DA POLÍTICA PÚBLICA E INSERÇÃO PROFISSIONAL

O processo de adoecimento está relacionado com outras causas além do biológico: como sociais, ambientais, culturais e econômicos (NUNES, 1998, apud BRADOW; DRAVANZ, 2010). O mesmo é resultado da forma de subsistência dos indivíduos. Dessa forma, os elementos que contribuem para os problemas psíquicos são consequências das relações sociais e cotidianas, ultrapassando os fatores físicos e orgânicos. Historicamente os indivíduos com transtornos psíquicos eram considerados empecilho para a sociedade e o seu tratamento consistia na exclusão e maus tratos. As primeiras intervenções eram de “ vigiar e punir” os “ loucos” (FOUCAULT, 1991, apud BRADOW; DRAVANZ, 2010) como se as doenças psíquicas fossem violação da moral.

De acordo com Vasconcelos (2000), é neste cenário que o Serviço Social na década de 1940 se insere na saúde mental, especificamente, no campo dos “serviços sociais psiquiátricos”. O número de assistentes sociais nestes espaços era mínimo devido à baixa quantidade de hospitais psiquiátricos. O Serviço Social exercia a tarefa de porta de entrada e saída dos hospitais. Em 1946 houve a primeira experiência do Serviço Social com a saúde mental, nos Centros de Orientação Infantil e Centro de Orientação Juvenil (COI/COJ). A prática profissional tinha um caráter clínico com medidas higienistas. Os assistentes sociais trabalhavam com as famílias dos “clientes” com o objetivo de promover um meio de tratamento psiquiátrico apropriado para as crianças, juntamente com a investigação dos dados dos pacientes.

Segundo Bravo (2004), entre os anos 1930 e 1940, a política de saúde foi modificada em nível nacional, dividida em dois setores: saúde pública e medicina previdenciária. O setor

de saúde pública é predominante até os anos 1960 e permitiu a criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e do campo. Já o subsetor de medicina previdenciária só irá entrar em cena em 1966. Este trabalhava na criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), onde buscou-se alcançar um maior número de grupos de assalariados urbanos e seus benefícios para adiantar as solicitações desta categoria, porém não possuíam uma cobertura mais ampla.

O cenário da saúde da população nos anos 1945 a 1964 apresentou algumas melhorias, onde os gastos públicos em saúde foram crescentes, mas não foram capazes de enfrentar as doenças infecciosas e parasitárias, e as elevadas taxas de mortalidade. A medicalização da vida social passou a ser uma função da Saúde Pública e da Previdência Social. O campo da saúde necessitava adotar medidas capitalistas, através da inserção das transformações tecnológicas ocorridas no exterior. Com isso, a saúde pública apresenta uma queda e a medicina previdenciária cresce em 1966 pós a Restruturação do Setor (BRAVO, 2004).

Neste período, a atuação do Serviço Social era alinhada aos interesses da medicina tradicional e do capital, desdobrando-se em práticas profissionais conservadoras. Sua demanda não possuía contornos definidos, sendo genericamente aquilo que não se caracterizava como problemas psíquicos ou orgânicos. Quando não havia respostas para as demandas, estas eram encaminhadas para agências sociais.

Assim, a prática do Serviço Social na saúde mental brasileira consistia na assistência aos trabalhadores, objetivando amenizar as contradições entre capital e trabalho, atuando apenas nos manicômios.

Com o golpe militar de 1964, há uma divisão entre a assistência direcionada ao indivíduo com transtorno mental indigente e uma fase inicial para o acolhimento dos trabalhadores e seus dependentes, com o objetivo de amenizar as expressões da Questão social e as manifestações da população por direitos.

Neste período de ditadura, a mercantilização da saúde mental foi financiada pelo setor financeiro e grandes corporações médicas. Esse processo de privatização resultou na criação de dois movimentos sociais: o Movimento de Reforma Sanitária e o Movimento de Reforma Antimanicomial. Em 1970 surge o movimento dos trabalhadores da saúde mental, usuários e familiares com o objetivo da extinção dos manicômios e da reforma sanitária, em plena ditadura militar.

Pode-se dizer que o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira é contemporâneo ao movimento sanitário, nos anos de 1970. Entretanto, é a Reforma Sanitária que dá

sustentação política à Reforma Psiquiátrica, até que ela se firme como um movimento social independente (SILVEIRA, 2009, p. 37).

O supramencionado movimento dos trabalhadores da saúde mental tinha como objetivo melhorar a rede ambulatorial e de saúde mental e defendia a extinção dos leitos em hospitais psiquiátricos, regionalização do atendimento, controle de internações na rede de hospitais e nos serviços privados e públicos e o aumento da rede ambulatorial com as equipes multiprofissionais como: Psiquiatras, Psicólogos e Assistentes Sociais; e, se necessário, também Enfermeiros, Terapeutas Ocupacionais e Fonoaudiólogos e a humanização no atendimento (VASCONCELOS, 2000).

Nesta época inicia-se, então, a inserção das equipes multiprofissionais no tratamento dos usuários com transtornos mentais, com o apoio do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Essas equipes objetivavam alcançar um melhor tratamento para as pessoas com transtornos mentais, exigindo a presença de profissionais do Serviço Social.

Durante o período de 64/74, o Estado lida com as expressões da questão social por meio de ações repressivas e assistencialistas, em que as ações de assistência social ganharam destaque.

A política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital (BRAVO, 2004, p.6).

Tal fato resultou em um grande aumento de assistentes sociais em hospitais psiquiátricos. Mesmo com este avanço, fruto das lutas sociais e de um período de crescimento econômico no país, o Brasil ainda vivenciava um período de ditadura, afetando, entre outras coisas, a política de saúde pública. O Serviço Social, apesar de estar sendo contratado, é sujeito a baixos salários e não possuía funções definidas. Este era requisitado para participar do enfrentamento das expressões da questão social pela via do assistencialismo, manifestada apenas naquele ambiente hospitalar.

O grande problema para o governo da ditadura militar nos hospícios no fim dos anos 1960 não era a loucura (esta era controlada pela psiquiatria, pelos psicotrópicos e pelo aparato asilar). Era a pobreza, o abandono, a miséria, que saltavam à vista e que geravam contestações da sociedade, principalmente após a incorporação do atendimento aos trabalhadores e seus dependentes na rede previdenciária de assistência mental. O assistente social veio para “viabilizar” o sistema manicomial no seu ponto mais problemático. O Serviço Social foi demandado pelo Estado ditatorial como executor terminal de políticas sociais na área de Saúde Mental, repetindo sua contradição histórica, de uma demanda pelas elites para atender aos “necessitados” (BISNETO, 2007, p.25).

No período ditatorial o maior obstáculo para o governo era, então, as contestações sociais geradas pela pobreza instalada no país e que precisavam ser contidas. Com isso, o Serviço Social foi reivindicado pelo Estado ditatorial para trabalhar com a efetivação, entre outras, de políticas sociais na área da saúde mental.

De acordo com Amarante (2007), durante o período de democratização nos anos 1980, já havia ações integradas de saúde. Estas ações apresentavam o fortalecimento do Modelo Sanitarista sendo os embriões para os princípios posteriormente efetivados em Lei através do SUS nos anos 1990. Foi neste período que o Estado adotou, por consequência de pressão social, a concepção da psiquiatria como meio de cura sem violência e maus tratos (AMARANTE, 1994). As denúncias buscavam a humanização dos hospitais psiquiátricos, privados e públicos (AMARANTE, 2002). Por meio da união dos movimentos, a força aumenta e estes passam a defender o fim dos manicômios e a instalação de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos (VASCONCELOS, 2000).

Mas é só após o fim do regime militar brasileiro que as mudanças começam a efetivar-se. Vasconcelos (2000) assinala que a saúde mental apresenta uma nova realidade em alcance municipal, estadual e federal no Brasil, conquistada devido a I Conferência Nacional de Saúde em 1986. Neste mesmo ano há a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil. De acordo com o Ministério da Saúde e a Secretaria de Atenção à Saúde Mental:

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva. A criação desse CAPS e de tantos outros, com outros nomes e lugares, fez parte de um intenso movimento social, inicialmente de trabalhadores de saúde mental, que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, que ainda eram o único recurso destinado aos usuários portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2001, p. 12).

Neste sentido, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram construídos para serem uma substituição a internações em hospitais psiquiátricos. O acompanhamento passou a ter como perspectiva a reintegração dos usuários na sociedade, com acesso a lazer, trabalho, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares (AMARANTE, 2007).

Em 1987 acontece a I Conferência Nacional de Saúde mental, objetivando a Reforma Psiquiátrica, incentivada por denúncias de maus tratos e violência nos pacientes. Mas, o marco para as mudanças nos parâmetros da política de saúde mental, foi a aprovação da Constituição Federal de 1988, acarretando na criação do Sistema Único de Saúde (SUS),

apresentando o direito à saúde para todos, responsabilizando o Estado pela garantia de direitos e pela promoção de saúde (MATTOS, 2011).

A partir de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípios norteadores a saúde como direito fundamental e o dever do Estado de garanti-la, também enfatiza a integralidade, a equidade, a universalidade e a participação da população usuária, de modo que a visão de atenção em saúde busca ações para além dos fatores biológicos, pois ela é compreendida numa relação com o contexto econômico, social e cultural do País, ou seja, os processos de saúde/doença abrangem situações de moradia, saneamento, renda, alimentação, educação, lazer e acesso aos bens (NUNES, MACHADO e BELLINI, 2003, p. 3).

Paralelo ao processo vivido pela política de saúde, nos anos de 1970 e 1980 ocorre no Serviço Social a consolidação do “Serviço Social Psiquiátrico” e o início das práticas ambulatoriais de reabilitação social nos hospitais e asilos. No fim dos anos 1970 há um forte questionamento às bases ético-políticas, técnico-operativas e teórico-metodológicas do Serviço Social, resultando em uma renovação crítica da categoria, devido ao movimento de Reconceitualização na América Latina, segundo Netto (2010) nomeado como “Intenção de Ruptura”.

A Renovação do Serviço Social, introduziu um novo direcionamento ético-político ao agir profissional, rompendo hegemonicamente com as práticas tradicionais do início da profissão. A renovação profissional, foi um movimento brasileiro que expressou tendências e possibilidades para o Serviço Social no período pós-1964, durante a ditadura militar brasileira.

O processo de renovação do Serviço Social apresentava uma crítica ao desenvolvimento do Serviço Social tradicional. Tinha suas bases no pensamento Marxista, no primeiro momento de maneira equivocada, tendo como seu principal marco o Método Belo Horizonte (BASTOS, 2013).

Esta perspectiva, ao fazer uma crítica ao desenvolvimento do tradicionalismo e seus suportes teóricos, metodológicos e ideológicos, tinha o objetivo de ultrapassar o pensamento conservador ainda presente na profissão. Apesar desse movimento iniciar na década de 1960, a ruptura se intensifica nos anos 1980, guardando profunda relação com as transformações apresentadas no país durante o processo de democratização. Esta ganhou destaque por situar o Serviço Social ao lado das demandas da classe trabalhadora (BASTOS, 2013).

Paralelo a isso, no contexto da saúde no Brasil, nos anos 1990 há uma expansão de contratos de assistentes sociais através da implantação do SUS por meio da Lei 8.080/90 tornando-se, a saúde, o maior campo de atuação do Serviço Social durante décadas.

Os serviços substitutivos, fruto da Reforma Psiquiátrica, têm requerido um maior número de profissionais de Serviço Social em relação aos serviços de internações, o que tem ampliado a contratação de assistentes sociais desde o ano de 1990 na saúde mental se assimilando a “onda” de contratação produzida nos anos 1970 com a resolução do INPS. O movimento de Reforma Sanitária, que se deu paralelamente ao movimento de Reforma Psiquiátrica também levou a uma ampliação no número de assistentes sociais no campo da saúde (BISNETO, 2007, p.38).

O Código de Ética Profissional do Serviço Social de 1993, contém, entre outras questões, os valores e as obrigações éticas da profissão, os quais podem ser considerados correspondentes aos princípios da Reforma Psiquiátrica em relação à compreensão do usuário ser tratado com referências sociais, familiares, culturais e a luta por direitos do usuário portador de transtornos mentais (SILVA, 2008).

Em 2001 houve a aprovação da Lei n. 10.216/2001, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, fruto de todo o processo de construção de novos parâmetros para a atuação dos serviços em saúde mental, protagonizados pelos movimentos de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica. A lei é voltada para a atenção à Saúde Mental, que determina a não internação dos usuários com transtornos mentais, contém o atual modelo de assistência psiquiátrica na internação social do indivíduo com transtorno mental, juntamente com a inserção de Residências Terapêuticas e Centros de Atenção Psicossocial. A transformação dos espaços terapêuticos rompe com o histórico de tratamentos cruéis e violentos, sendo transformada em algo aberto, sem regimento.

A nova concepção de saúde mental, que visa priorizar o indivíduo e não a doença, oferecendo-lhe tratamento humanizado e de qualidade, resultou na criação de novos mecanismos e espaços de tratamento que provocam para a necessidade de uma ação intersetorial com as demais políticas sociais e de um trabalho pautado no fortalecimento e atuação em rede, que possibilite uma intervenção integrada, visando a integralidade no atendimento ao usuário (BREDOW; DRAVANZ, 2010, p. 232).

A intersetorialidade se apresenta a partir de uma nova ideia, não compreendendo o usuário como um doente, mas como indivíduo que precisa ser visto na sociedade, e para isso, é um pilar necessário para unir as redes e as políticas sociais que intervêm objetivando a integralidade do atendimento ao paciente (SEVERO; DIMENSTEIN, 2011).

[...] A intersetorialidade, através da articulação saúde mental-cultura, é muito potente na construção de parcerias com outros grupos sociais na conquista de outro lugar para a loucura no âmbito social. Serviços e políticas públicas norteadas pela

atenção psicossocial devem priorizar a intersetorialidade como uma estratégia fundamental na construção de projetos de saúde, de solidariedade e de participação social, tornando os sujeitos ativos na produção de saúde (SEVERO; DIMENSTEIN, 2011, P. 650).

Dada a importância destes dois elementos – intersetorialidade e integralidade – na efetivação da nova perspectiva da política de saúde mental, sobretudo ao considerar o exercício profissional do assistente social na referida política, faz-se necessário aprofundar as reflexões acerca das possibilidades e desafios postos na contemporaneidade para efetivação destes e superação da fragmentação das políticas sociais. Para tal, torna-se importante conhecer as dimensões que envolvem a intersetorialidade e integralidade na política de saúde mental. É sobre isso que trataremos nos itens a seguir.

3. INTERSETORIALIDADE E INTEGRALIDADE NA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA

Com a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 28 de dezembro de 1990, é implementado no Brasil o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como premissa o art.198 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL,1988). O SUS tem como suas principais diretrizes a universalidade e integralidade no atendimento dos usuários, a descentralização dos recursos e a regionalização, objetivando o atendimento das particularidades de cada região. Tem, ainda, a intersetorialidade como uma condição para a promoção da saúde no país.

A palavra intersetorialidade é apontada na literatura com dois significados: Relações entre dois ou mais setores ou algo que é comum em diferentes setores (ANDRADE, 2004; MONNERAT, 2009; PEREIRA, 2011; NASCIMENTO, 2010; BRONZO, 2012). Nesta visão, o termo “setor” se relaciona a políticas sociais no que diz respeito aos processos de gestão, buscando resultados benéficos para a realidade das populações urbanas e rurais. Ou seja, no âmbito da saúde, a intersetorialidade expressa-se por meio da compreensão de que esta:

[...] tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990).

Assim, a perspectiva de saúde apresentada pela regulamentação do SUS no Brasil ultrapassa a concepção de ausência de doença, alcança outros pontos para sua efetivação. A Política de saúde brasileira está regulamentada de forma intersetorial, para atingir o

enfrentamento das causas que envolvem o processo de adoecimento, por meio de práticas integradas com as demais políticas sociais. As condições sociais, políticas, econômicas e culturais de um país, localidade e estado resultam nos níveis de saúde da população.

A definição da saúde como resultado dos modos de organização social da produção, como efeito da composição de múltiplos fatores, exige que o Estado assuma a responsabilidade por uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas e garanta a sua efetivação. Ratifica, também, o engajamento do setor saúde por condições de vida mais dignas e pelo exercício pleno da cidadania (CAMPOS et al., 2004a, p. 746).

Neste sentido, compete ao Estado a construção de meios que contribuam para o enfrentamento e supressão destes fatores, que favorecem o adoecimento. Este processo é denominado intersectorialidade entre as políticas sociais, no qual diversos meios atuam de forma compartilhada na supressão dos problemas sociais. De acordo com CAMPOS, a intersectorialidade nada mais que é um:

Processo de construção compartilhada, em que os diversos setores envolvidos são tocados por saberes, linguagens e modos de fazer que não lhes são usuais, pois pertencem ou se localizam no núcleo da atividade de seus parceiros. A intersectorialidade implica a existência de algum grau de abertura em cada setor envolvido para dialogar, estabelecendo vínculos de corresponsabilidade e cogestão pela melhoria da qualidade de vida da população (2004b, p. 747).

No processo de intersectorialidade há um método político complexo, resultando na administração pública o fim da segregação das políticas sociais nas áreas onde serão executadas. Tem como obstáculo reunir diversos setores na resolução das demandas no dia-a-dia da gestão, transformando-se em um meio para a garantia de direitos e acesso à saúde. Em diferentes setores a construção da intersectorialidade se dá através das particularidades de cada região, objetivando responder as demandas apresentadas e ainda incentivar a atuação da população neste processo (BREDOW, 2010).

No exercício da gestão na saúde, a intersectorialidade permite o funcionamento de espaços compartilhados de decisões entre as instituições e diversos setores do governo, que exercem a produção de saúde. Pressupõe setores que trabalham na criação, introdução e no acompanhamento de políticas sociais com o propósito de proporcionar resultado positivo sobre a saúde da população. Desse modo,

A intersectorialidade como uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de corresponsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem [...]. Tal processo propicia a cada setor a ampliação de sua capacidade de analisar e de transformar seu modo de operar a partir do convívio com a perspectiva dos outros setores, abrindo caminho para que os esforços de todos sejam mais efetivos e eficazes (BRASIL, 2006, p. 10-11).

Segundo Dias (2010), a intersetorialidade possibilita ponderar o usuário em sua totalidade, nas suas demandas individuais e coletivas, contribuindo para uma atuação resolutiva em saúde. Possibilita, ainda, a criação de parcerias imprescindíveis com outras áreas como Educação, Trabalho, Emprego, Habitação, Segurança Alimentar, entre outras.

A supressão do processo de adoecimento e o cumprimento de um processo de produção de saúde demanda a ação da intersetorialidade. Nesse sentido, “a promoção da saúde depende da satisfação de diversas necessidades sociais, através das mais diversas políticas sociais e que não se esgotam no setor da saúde” (CEZAR, et al., 2008, p. 6. apud BREDOW e DRAVANZ, 2010). Onde destaca-se a necessidade da participação de outros setores, para que haja o enfrentamento dos fatores que atingem o processo de saúde/doença, se caracterizando como expressões da questão social.

Na política de saúde mental, os principais serviços que contemplam a rede de atenção são: Unidades de Saúde, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Residência Terapêutica, Consultório de Rua, Ambulatório, Pronto-Socorro, Hospitais Gerais e SAMU, sendo os CAPS os articuladores, reguladores e organizadores da rede.

Os CAPS são um meio importante para administração e apoio da gestão integral, atuando através de atividades básicas, como: “[...] atendimento psicoterápico, tratamento medicamentoso, atendimento à família, atividades comunitárias, suporte social, desenvolvimento de oficinas culturais, visitas domiciliares e desintoxicação ambulatorial” (SILVEIRA, 2009, p.47).

Estamos falando do princípio da intersetorialidade, isto é, de estratégias que perpassem vários setores sociais, tanto do campo da saúde mental e saúde em geral, quanto das políticas públicas e da sociedade como um todo. Em outras palavras, os serviços de atenção psicossocial devem sair da sede dos serviços e buscar na sociedade vínculos que complementem e ampliem os recursos existentes. Deve articular-se com todos os recursos existentes no campo da saúde mental, isto é, com Rede de Atenção à Saúde Mental [...], e no campo da saúde em geral [...], ou no âmbito das políticas públicas em geral [...]. E, finalmente, no âmbito dos recursos criados pela sociedade civil para organizar-se, defender-se, solidarizar-se (AMARANTE, 2007, p. 86).

O Serviço Social na Saúde Mental intervém na inserção dos usuários e familiares nas políticas, ações de cidadania e ações de defesa dos direitos do usuário, atuando sobre as expressões da questão social que se apresenta no cotidiano destes, pois a política de saúde se modificou para acolher o sujeito com transtorno mental enquanto indivíduo portador de direitos. Nesse sentido, o Serviço Social tem uma relevante função para compor equipes

multidisciplinares nos CAPS, promovendo a perspectiva de integralidade e atuando em defesa dos direitos sociais

Portanto, a temática da intersetorialidade incentiva e exige meios de participação da sociedade. Requisita o envolvimento dos movimentos sociais nos processos decisórios sobre qualidade de vida e saúde para atingirem as premissas de uma vida saudável por meio de políticas públicas. O debate sobre intersetorialidade alcança outro ponto a ser discutido: a integralidade no atendimento, ponto necessário para se concretizar a intersetorialidade.

A definição de integralidade, assim como o conceito de intersetorialidade, está relacionada a políticas sociais por meio da política de saúde. Na saúde mental, a integralidade é um princípio ético e político (BRASIL,2005) que administra e efetiva o atendimento ao usuário na sua integralidade, buscando ultrapassar a fragmentação no atendimento, objetivando a visão ampliada de saúde e dos fatores que causam o adoecimento.

A integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma bandeira de luta, pois a proposta da integralidade é uma ruptura com estruturas organizadas dos serviços de saúde (centralidade no saber biomédico) e com as práticas fragmentárias e reducionistas (MATTOS, 2001, p. 41).

A ruptura com setores organizados, segundo Mattos (2001), acontece devido ao atendimento efetivo, descentraliza-se a imagem do médico, iniciando-se caminhos que possibilitem a ação interdisciplinar. E, como efeito, as práticas vão além do tratamento clínico, alcançando ações de prevenção, promoção e reabilitação.

Assim, “a integralidade pressupõe que o atendimento e as ações de saúde sejam realizadas de forma integrada, e voltadas para a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde” (CEZAR, 2008, p.2). Com isso, as práticas em saúde requerem ser organizadas em conjunto com os demais serviços de atendimento e junto com os usuários, alcançando as necessidades dos mesmos.

De acordo com a análise de Cezar (idem) acerca das práticas que objetivam a integralidade no atendimento em saúde, “está assentada em dois pilares básicos, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade”. Neste sentido, o ponto central para a efetivação do atendimento é a organização da equipe do serviço, com uma articulando-se com outras equipes e serviços.

Ou seja, é importante que aconteça um envolvimento e a união do setor saúde como um todo, junto com outros setores das demais políticas sociais, através de projetos e programas em diversas áreas. De acordo com Costa (2004), a integralidade deve ser a perspectiva ideal da ação cotidiana.

Cabe defender a integralidade como valor a ser sustentado nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa na forma como os profissionais responderão aos pacientes que os procuram (COSTA, 2004, p. 13).

A aplicação da integralidade resulta na forma em que o usuário é atendido, não sendo uma perspectiva apenas do campo da saúde, mas de todas as políticas sociais, programas e serviços. Conforme destacado pela Política Nacional de Promoção de Saúde.

A integralidade implica, para além da articulação e sintonia entre as estratégias de produção da saúde, a ampliação da escuta dos trabalhadores e serviços de saúde na relação com os usuários, quer individual e/ou coletivamente, de modo a deslocar a atenção da perspectiva estrita do seu adoecimento e dos seus sintomas para o acolhimento de sua história, de suas condições de vida e de suas necessidades em saúde (BRASIL, 2006, p. 10).

Deste modo, a integralidade transforma-se também em um meio de estímulo à participação dos usuários, trabalhadores, familiares e comunidades no atendimento e na gestão dos serviços. A integralidade é uma diretriz a ser praticada no cotidiano e vai além de uma definição. O resultado deste processo se materializa através da intersetorialidade e interdisciplinaridade, meios que devem ser transversais na prática do assistente social – e demais profissionais da saúde –, como propósito e estratégia do exercício profissional.

Entretanto, a realidade social, econômica e política tem sido adversa à implementação dessa e de outras diretrizes que norteiam a política de saúde brasileira. O presente cenário é de fragilização e separação das políticas públicas e sociais dentro do quadro da economia neoliberal no Brasil. Vivenciam-se as complicações postas pela contraditória conjugação entre direitos universais e políticas focalizadas, em meio a redução dos gastos públicos e do desgaste das condições de vida da classe trabalhadora, que são resultados da crise mundial do modo capitalista de produção instalada nas últimas décadas, que afeta todas as dimensões da vida social e, entre elas, o funcionamento das políticas sociais.

Neste sentido, é necessária uma visão crítica em relação aos retrocessos e limites apresentados à Reforma Psiquiátrica, e também, a grande diminuição dos repasses públicos para a manutenção dos CAPS e a tardia destinação dos leitos em hospitais gerais para leitos psiquiátricos, que opõem-se à garantia do atendimento universal, integral e intersetorial, em consequência da mercantilização da saúde no Brasil.

4. A INTEGRALIDADE E A INTERSETORIALIDADE NA EFETIVAÇÃO DA PRÁXIS DO SERVIÇO SOCIAL EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Conforme Costa (2009), o SUS, ao passo que se organizou para atender as lutas históricas do movimento sanitarista como a universalidade, a integralidade e a participação social, não ultrapassou as desigualdades como a lógica da burocratização, a precariedade dos recursos e a relação entre quantidade e qualidade da atenção. Neste sentido, ainda predomina no sistema o foco na produtividade dos serviços e a centralidade na assistência médica voltada na atenuação dos sintomas e na cura individual.

O exercício profissional do assistente social na política de saúde atende as demandas que são postas através de fatores condicionantes. Estes, requerem uma visão crítica da realidade e uma intervenção com base na lógica do direito e do acesso à informação, na perspectiva da prevenção e da promoção de saúde. Através destas perspectivas, o Serviço Social pretende ultrapassar o atendimento imediatista e curativo (LANZA; CAMPANUCCI; BALDOW, 2012).

O assistente social nos CAPS efetua atividades como acolhimento, visitas domiciliares e institucionais, realização de grupos sobre direitos sociais e noções de cidadania com os usuários, atendimento específico à família, que também pode ser feito em grupos, assembleias com usuários e a elaboração de relatórios e pareceres sociais (COSTA, 2009).

Há alguns anos no Serviço Social o debate crítico acerca das práticas terapêuticas na saúde mental para o tratamento dos portadores de transtorno mental nos CAPS, bem como em outras áreas sendo realizadas para assistentes sociais. Diante esta realidade, o CFESS lançou a resolução nº569/2010 que veda a realização de terapias associadas ao título ou ao exercício profissional do assistente social devido as competências e as atribuições privativas do assistente social. Além de que as terapias não possuem relação com a formação profissional estabelecida nas diretrizes curriculares do curso de graduação em Serviço Social. Neste sentido é necessário respeitar os limites de sua atuação técnica, previstos na respectiva legislação, respeitando o princípio da interdisciplinaridade. É necessário que estas ações sejam vetadas pois estas vem reafirmando o caráter conservador do início da categoria do Serviço Social além de que a realização de terapias não constitui atribuições e competências dos assistentes sociais, tal fato dificulta ainda mais a inserção de profissionais nas equipes multiprofissionais.

Desta forma, é importante abordar que nos Centros de Atenção Psicossocial, o assistente social realiza ações que conversam com a base legal da profissão, na proporção em que a prática do assistente social é regida pela Lei de Regulamentação da Profissão de nº 8.662/1993. A prática profissional é também voltada para os preceitos éticos preconizados pelo Código de Ética profissional (1993), pelo comprometimento de emancipação legitimado pelo Projeto Ético Político da profissão e, no caso da saúde, ainda com os Parâmetros para Atuação de assistentes sociais na política de Saúde (CFESS, 2010).

Esta construção do processo interventivo não ocorre de forma centrada apenas na prática do Serviço Social. É importante planejar as ações diante das finalidades que objetivam, dos usuários que irão recebê-las e da instituição na qual será efetivada. Tais ações podem ser difícil de apreensão, na medida em que acabam por se revestir de características diversas (MIOTO; LIMA, 2009).

O processo interventivo requer planejamento diante do objetivo que almeja, dos usuários e da instituição que será efetivada. Estas ações se complementam através da visão de intersetorialidade e integralidade, pois o profissional atende à demanda de forma mediata almejando atingir toda a realidade do usuário.

Dessa forma, de acordo com Prates (2003, p.2) “analisar, interpretar em conjunto com os sujeitos usuários a realidade da qual somos parte já constitui processo interventivo”. Ao verificar as atividades, objetivos e instrumentos nas atividades realizadas pelos assistentes sociais nos CAPS, nota-se que se relacionam com os princípios que contém Lei de Regulamentação da Profissão e com os parâmetros da saúde.

A visita domiciliar é um meio necessário para a identificação da condição social do usuário e familiares à instituição e assimila o registro das informações, dos fatores socioeconômicos e as características familiares, que possam complicar o processo de tratamento dos usuários nos CAPS. O conteúdo da visita é compartilhado em livros da equipe multiprofissional e também no prontuário do usuário. Com isso, os profissionais detêm uma maior propriedade para atuar diante das demandas no processo de tratamento dos sujeitos atendidos pelos CAPS.

Outras atividades obtêm destaque na atuação do Serviço Social como a coordenação de grupos nos CAPS, os direcionados para os usuários ou para familiares; e os atendimentos individuais aos usuários e familiares vinculados aos CAPS. Essas ações se direcionam para a oferta de orientação sobre leis e benefícios da Seguridade Social, prestação de informações sobre serviços oferecidos pelos CAPS, propagação da comunicação sobre os serviços oferecidos por outras instituições, entre outros. Isso exige que o assistente social detenha um diálogo intersetorial e a compreensão da rede socioassistencial, tal ação pode ser facilitada

pela visita institucional, a execução de encaminhamentos as instituições e orientações sobre os meios institucionais aos usuários.

A busca da autonomia dos técnicos se dá em detrimento das forças homogeneizantes em saúde mental. Há que se buscar um consenso entre técnicos, dirigentes, donos, usuários, familiares e o contexto em que se atua. A pluralidade de interesses de poderes e de ideias em saúde mental propicia que o Serviço Social tenha seu espaço, o seu grau de autonomia, desde que saiba interpretar o mosaico institucional. (BISNETO, 2005, p.121).

Cotidianamente o exercício profissional é rodeado de desafios postos pelos limites das políticas públicas e pela pouca execução da intersetorialidade além da precariedade dos espaços oferecidos para o tratamento dos usuários da saúde mental. Mesmo diante dessas dificuldades é necessário empenhar-se para a realização da prática profissional qualificada.

Mesmo com a evolução das políticas públicas de saúde mental, a realidade é complexa para os assistentes sociais que adotam os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Mesmo que a Constituição Federal de 1988 traga o desenvolvimento para as políticas sociais através da Seguridade Social, o projeto neoliberal representa um grande desafio para a efetivação dos direitos sociais: “na prática se efetivou um sistema seletivo, focalizado, com características assistenciais e tendências privatizantes e mercantis” (CORREIA, 2005, p. 30).

Nesta perspectiva, o neoliberalismo incentiva a criação de serviços privados e filantrópicos, tornando os princípios da universalidade da saúde algo restrito e focalizado. Com isso, os direitos sociais são atingidos pela lógica mercantil.

Atualmente, os desafios que se apresentam para a saúde mental e os demais setores da assistência se agravam com o atual governo presidencial de Michel Temer que tem lançado medidas ainda mais conservadoras para o trato das expressões da Questão Social. O atual governo vem realizando uma onda de privatizações nos serviços do SUS. E a principal medida que se apresenta para a referida política é um grande retrocesso aos avanços conquistados pela sociedade, a aprovação da nova Política Nacional de Saúde Mental. A medida, foi criada em moldes gerais pela Associação Brasileira de Psiquiatria, tem uma visão mercadológica, busca centralizar as ações de saúde mental nas mãos dos psiquiatras e retoma a discussão sobre a volta dos manicômios e diminui a importância das equipes multiprofissionais de saúde além da precarização dos Centros de Atenção Psicossocial.

O Serviço Social frente a esta realidade atua em um meio contraditório onde o capitalismo e o neoliberalismo estabelecem barreiras para a prática profissional e para os usuários dos serviços.

O projeto privatista vem requisitando ao assistente social, entre outras demandas, a seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. Entretanto, o projeto de Reforma Sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular (CFESS, 2010, p. 24).

Outrossim, esses desafios que rebatem na Política de saúde mental e são refletido na prática profissional do Serviço Social. Estas modificações na realidade estão ligadas a profissão e, por isso, a ação profissional deve ser profundamente qualificada para não reforçar a imediatividade no atendimento das demandas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Reforma Psiquiátrica se destacou pelas transformações que provocou nos modelos de atenção e gestão das políticas de saúde mental, numa visão de desinstitucionalização do sistema manicomial, tornando a família protagonista no processo de tratamento para reinserção do usuário ao novo modelo de assistência na saúde mental. A Reforma Psiquiátrica foi um marco para os direitos sociais e para as pessoas com transtornos mentais e com problemas resultantes do uso de drogas.

Sabendo que o processo de saúde/doença possui diversas causas, para o enfrentamento não se deve restringir-se a apenas uma política, por isso a necessidade de adotar a intersetorialidade e integralidade nas diversas áreas das políticas públicas.

Para a efetivação da integralidade e intersetorialidade, é importante a união das redes. A percepção dos serviços, acesso e funcionamento destes, são, também, demandas para o trabalho do assistente social. O fortalecimento das políticas públicas deve ser um horizonte para o profissional de Serviço Social na construção da rede de cuidados.

O assistente social, por meio dos mecanismos teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos, é capaz de construir articulações com os diferentes setores de atenção ao usuário e superar os desafios contemporâneos da profissão como o tecnicismo e pragmatismo presente nas respostas imediatas.

Mesmo com os diversos desafios postos no cotidiano, o mecanismo de socialização de informações é primordial para o incentivo à atuação dos usuários nos serviços. A socialização da informação deve ser vista como um mecanismo de fortalecimento dos direitos, cidadania e participação.

Porém, o Serviço Social, como outras profissões, é impactado pelos rebatimentos da lógica neoliberal, resultando políticas sociais com ações focalizadas, fragmentadas e fiscalizatórias, que antagonizam com o que foi conquistado através de muitas lutas pela Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Neste sentido, desafios são postos no campo profissional do Serviço Social que é rodeado de contradições postas pelo capitalismo em sua fase neoliberal, que determinam limites para a prática profissional e para o acesso aos direitos dos usuários das políticas públicas.

Isto posto, a ação profissional do Serviço Social na saúde mental exige inúmeras ações no cotidiano buscando integralidade no atendimento, a construção da autonomia dos usuários, participação popular, melhoria na qualidade de vida do usuário e o enfrentamento das expressões da questão sociais. Para o enfrentamento das desigualdades constituintes da sociedade capitalista é necessário que os assistentes sociais permaneçam firmes na defesa dos direitos sociais, vinculando-se aos princípios ético-políticos da profissão, articulando-se com os movimentos sociais e empenhando-se em um exercício profissional qualificado, apesar de todas as adversidades.

ABSTRACT:

The article is presented as a result of a bibliographical research based on authors who work on mental health and social work as Amarante, Vasconcelos, Nunes, Bravo, Brida, Netto, Bastos, Silva, Severo, Costa and Mattos. It aims to address the professional practice of the social worker in mental health policy, observing the importance of intersectoriality guidelines and integrality in Brazilian public health. In order to do so, the socio-historical trajectory of mental health in Brazil and the insertion of Social Service in this one, where the importance of the Psychiatric Reform is emphasized, is addressed. The article also addresses the need for networking in order to achieve intersectoriality, as well as the role of social worker as a primary professional in the creation of a care network aimed at completing care, seeking the autonomy and citizenship of users of health policy. mental health. It also highlights the challenges present in the daily practice of the social worker placed through the scenario of neoliberal economics and the importance of planned and qualified actions to reach mediatas.

KEYWORDS: Mental health. Social service. Psychiatric Reform

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. (Coord.). Loucos pela vida: **A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

_____. et al. **Loucos pela vida: trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ANDRADE, L. O. M. **A saúde e o dilema da intersectorialidade**. Campinas. [Tese de Doutorado] UNICAMP. Faculdade de Ciências Médicas, 330 p, 2004

BASTOS, A. S. F. **A Renovação Do Serviço Social E Vigência Na Contemporaneidade**. Revista Eletrônica Da Faculdade José Antônio Vieira. Disponível em: <http://fjav.com.br/revista/Downloads/edicao08/Artigo_365_378.pdf>. Acesso em: 12 fev.2018

BISNETO, J. A. **Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional**. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. **Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da prática**. São Paulo: Cortez, 2007

BRAVO, M. I. **Política de Saúde no Brasil. Serviço Social e Saúde**. Formação e Trabalho Profissional. Disponível em: < http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf >. Acesso em: 10 dez.2017.

BRASIL. **Lei nº8080, de 19de setembro de 1990**, que dispõe sobre as condições para a promoção proteção e recuperação da saúde, a organização e a funcionamento dos serviços correspondente e da outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF.

_____. **Lei 10.216/ 2001**: Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental.

_____, Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **“Malha de cuidados ininterruptos à saúde”**. Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde, p.103-113. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Fiocruz, 2005. BRASIL. Constituição Federal de 1988. Brasília, 1988.

_____. Política Nacional de Promoção de Saúde. Brasília – DF, 2006.

BREDOW, SULEIMA.G, DRAVANZ, G. M. **Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersectorial, integral e resolutiva**. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 229 - 243, ago./dez. 2010. Disponível em: <

<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7384/5785> >. Acesso em: 12 dez.2017.

CAMPOS, G. W. **Reflexões sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS): um modo singular de produzir política pública.** Serviço Social & Sociedade, São Paulo, Cortez, n. 84, 2004.

CAVALCANTI, P.B *et al.* **A intersectorialidade enquanto estratégia profissional do Serviço Social na saúde.** Períodos eletrônicos em Psicologia. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782013000200009 > Acesso em: 04 de Jan. 2018

CEZAR, C. A.; MIOTO, R. C. T.; SCHUTZ, F. **A construção da intersectorialidade em saúde como estratégia na garantia de direitos.** In: CONFERÊNCIA MUNDIAL DE SERVIÇO SOCIAL, 19, Salvador, 2008, CD-ROM. ISBN 9788599447048.

CORREIA, M. V. C. **Da Crise do Welfare State ao Estado Máximo para o Capital.** In: **O Conselho Nacional de Saúde e os rumos da política de saúde brasileira: mecanismos de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros institucionais.** Recife: UFPE, 2005. [Tese de doutorado].

COSTA, A.M. **Integralidade na atenção e no cuidado a saúde.** Saúde e Sociedade, v. 13, n. 3, p. 5-15, set./dez. 2004.

_____, M. D. H. O Trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. In: MOTA, A. E. (Org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.** 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília-DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009, p. 304-351.

CFESS. **Código de Ética do/a assistente social;** Lei 8662/93. 10ª ed. Ver. Atual – Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2010.

DIAS, M. **Saúde mental e políticas de estado: pactuar caminhos intersectoriais.** Apresentação proferida na IV Conferência Municipal de Saúde Mental de Pelotas. Pelotas, 2010.

IAMAMOTO, M. V. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 19. Ed. São Paulo: Cortez, 2010. NETTO, José Paulo. O Movimento de Reconceituação: 40 anos depois. In: Revista Serviço Social e Sociedade. Nº 84 – ANO XXVI. São Paulo: Cortez, 2005.

LANZA, L. M. B.; CAMPANUCCI, F. S.; BALDOW, L. O. **As profissões em saúde e o Serviço Social: desafios para a formação profissional.** Katálasis, v. 15, n. 2, p. 212-220, jul.-dez./2012.

MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos.** 2001

MIOTO, R. C. T.; LIMA, T. C. S. **A dimensão técnico-operativa do Serviço Social em foco: sistematização de um processo investigativo.** Revista Textos & Contextos, v. 8, n. 1, p. 22-48, jan.-jun./ 2009.

MOTA, M. L.; RODRIGUES, C. M. B. **Serviço Social e saúde mental: um estudo sobre a prática profissional**. SER Social, Brasília, v. 18, n. 39, p. 652-671, jul.-dez./2016. Disponível em: < http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/viewFile/17011/17535 >. Acesso em: 05 jan.2018

MOURA, H. C. E; FARIAS.D. T. M; SILVA, G. A. **A atuação do Serviço Social na política de saúde mental brasileira: desafios contemporâneos**. I Congresso Internacional De Política Social E Serviço Social: Desafios Contemporâneos. Disponível em: < http://www.uel.br/pos/mestradoservicosocial/congresso/anais/Trabalhos/eixo3/oral/4_a_atuacao_do_contemporaneo.pdf >. Acesso em: 20 out. 2017

NUNES.C; MACHADO. G; BELLINI, M.I. **A qualificação e a contribuição do processo de trabalho dos Assistentes Sociais no campo da saúde mental**. Textos & Contextos, n. 2, dez. 2003.

PRATES, J. C. **A questão dos instrumentais técnico-operativos numa perspectiva dialético crítica de inspiração marxiana**. Revista Virtual Textos & Contextos, n. 2, dez./2003.

RODRIGUES, C. R.; CRUZ, N. M. B. **Avanços E Desafios Da Intersetorialidade Entre As Políticas Públicas Que Compõem O Tripé Da Seguridade Social: Um Estudo No Campo Da Saúde Mental Em Divinópolis/MG**. 80 anos de Serviço Social: Tendências e Desafios. Disponível em: < <http://cress-mg.org.br/hotsites/Upload/Pics/92/92f768d0-9cb3-4202-ad0b-d465e6c43bcb.pdf> >. Acesso em: 07 fev.2018

SCHEFFER, G; SILVA, L. G. **Saúde mental, intersectorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 118, p. 366-393, abr./jun. 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n118/a08n118.pdf> > Acesso em: 10 out. 2017

SEVERO. A. K; DIMENSTEIN. M. **Rede e intersectorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental**. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 31, n. 3, p. 640-655, 2011.

SILVA, D. M. B. **A participação do Serviço Social na implantação do novo modelo de atenção em Saúde Mental: estudo sobre a atuação dos assistentes sociais nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em Alagoas**. 96. TCC – UFAL, AL, 2008.

SILVEIRA, M. R. **A saúde mental na atenção básica: um diálogo necessário**. Tese (Doutorado em Enfermagem) — Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

VASCONCELOS, E. M. **O movimento de higiene mental e a emergência do Serviço Social no Brasil e no Rio de Janeiro**. Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, 2000