



SAÚDE MENTAL, SERVIÇO SOCIAL E DIREITOS HUMANOS: INTERFACES E DESAFIOS ÉTICO-POLÍTICOS NA PRODUÇÃO DO CUIDADO

Andrea Valente Heidrich¹
Marco José de Oliveira Duarte²
Lúcia Cristina do Santos Rosa³

Resumo

O trabalho traduz o conjunto de reflexões sobre o campo da saúde mental realizado por pesquisadores assistentes sociais em diferentes regiões brasileiras. Expressa o acúmulo de conhecimento até então produzido, evidenciando a contribuição do Serviço Social para a construção da Reforma Psiquiátrica Brasileira antimanicomial.

A defesa dos direitos humanos do/as usuários/as com transtorno mental e suas famílias é princípio comum entre o projeto da reforma psiquiátrica e o projeto hegemônico da profissão de serviço social e baseia as discussões apresentadas. O foco centra-se na produção do cuidado e nos avanços político-legais que já foram conquistados na efetivação da política de saúde mental.

Palavras-Chave: Saúde mental; Direitos Humanos; Reforma psiquiátrica;

1 INTRODUÇÃO

O artigo apresenta o conjunto de reflexões sobre o campo de saúde mental e a reforma psiquiátrica realizado por pesquisadores assistentes sociais em diversas regiões brasileiras. Este grupo tem buscado sistematizar suas produções no sentido de fortalecer a produção acadêmica da área sobre o tema.

Organizado em três sessões, o trabalho objetiva realizar um balanço da trajetória da reforma psiquiátrica brasileira, evidenciando o avanço político-legal da política de saúde mental e alguns aspectos fundamentais da produção do cuidado.

2 TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

O processo de reorientação do modelo hospitalocêntrico no Brasil teve início com o processo de redemocratização da sociedade brasileira, nos anos de 1970, tendo como marco fundamental a manifestação de trabalhadores que denunciaram suas precárias condições de trabalho e, subjacente a isso, a precariedade da atenção em saúde mental. Concebido como “processo de reforma psiquiátrica”, inicia-se um movimento de mudanças paradigmáticas, legislativas, assistenciais e culturais na forma de olhar e se relacionar com a pessoa com transtorno mental.

Há distintos significados sobre reforma psiquiátrica, que se diferenciam, sobretudo, no que se refere ao lócus e alcance das transformações operadas. Um deles, compreende-a como uma mera reorganização dos serviços e modernização da instituição psiquiátrica, ou seja, se as instituições psiquiátricas perderem o caráter asilar e adotarem relações mais respeitadas com os seus assistidos, a reforma psiquiátrica estaria concretizada. Outra perspectiva, é a de se constituir como “um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais” (DELGADO, 1997, p.39), pois a possibilidade de se considerar as diferentes formas de expressão e inserção de sujeitos no mundo equivale a respeitar as diferenças nas possibilidades e nas limitações de cada um, na perspectiva de que as relações devam ser produzidas de forma democrática e com respeito à dignidade humana.

Entendemos aqui a reforma psiquiátrica como um processo de reversão do modo manicomial e hospitalocêntrico de lidar com o fenômeno do transtorno mental e do sofrimento psíquico, com a centralidade na cidadania dos sujeitos, inseridos numa histórica

¹ heidrich_andrea@hotmail.com - UNIVERSIDADE CATALICA DE PELOTAS E INSS.

² majodu@gmail.com - Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

³ luciascroza@gmail.com - Universidade Federal do Piauí.



e determinada sociedade.

A crítica ao manicômio (AMARANTE, 1995; CASTEL, 1978) foi realizada por diversos segmentos e experiências, com destaque para o movimento italiano da Psiquiatria Democrática, que desencadeou esforços políticos e sanitários para despsiquiatizar as instituições e as relações de tutela e segregação a partir da proposta de desinstitucionalização, influenciando as transformações no campo da saúde mental no Brasil.

A referência ao paradigma da desinstitucionalização coloca a Reforma Psiquiátrica brasileira como um movimento social complexo, evidenciando a necessidade de transformação em várias esferas sociais e não só mudança de local de cuidado.

A construção da reforma psiquiátrica brasileira dá-se paralelamente e junto com a construção do Sistema Único de Saúde, que, entre seus princípios define a integralidade e a regionalização do cuidado como uns de seus pilares. Dos primeiros serviços substitutivos criados ainda nos anos de 1980 até o contexto atual, passando pela aprovação da Lei 10216 em 2001 e por quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental, o redirecionamento do modelo assistencial tem avançado, mas há ainda muito caminho a percorrer.

3 BALANÇO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: DE NORTE A SUL A REFORMA AVANÇA

O ideário reformista se propaga pelo país de maneira heterogênea e desigual, em cada região. Cada estado participa de modo singular, construindo sua trajetória específica. A seguir, serão apresentados os casos de dois estados brasileiros: O Rio Grande do Sul e o Piauí.

No Rio Grande do Sul, a gênese da saúde mental como política pública estatal está diretamente relacionada às políticas nacionais de saúde mental e às atividades do Hospital Psiquiátrico São Pedro, que por muitas décadas se constituiu como centro de atendimento, origem da psiquiatria como especialidade médica no solo gaúcho e definidor de diversas reformas no modo de organizar a assistência no estado (DIAS, 2007).

Após o período da ditadura militar, o estado gaúcho toma iniciativas para ampliar a política de saúde mental, ancorada na lógica ambulatorial e na adoção de medidas concretas para reduzir a permanente superlotação do Hospital São Pedro. Na década de 1970, houve o programa de setorização, que determinou a organização dos internos por local de moradia e não mais por patologia, resultando na gradativa diminuição do número de pacientes internado e se caracterizou como um processo de desospitalização (DIAS, 2007).

Na década de 1980, período efervescente de transformações na sociedade brasileira em geral, e no campo da saúde mental e da saúde, especificamente, o Rio Grande do Sul aprovou sua lei da reforma psiquiátrica (Lei 9716), pioneira no país. Destaca-se a presença e influência do Fórum Gaúcho de Saúde Mental.

Atualmente os serviços componentes da Linha de Cuidado em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas no Rio Grande do Sul são: 175 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 109 Núcleos de Apoio à Atenção Básica, 215 Oficinas Terapêuticas, 07 Equipes de Redução de Danos, 06 Consultórios de Rua, 1295 Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral. Ainda se tem 810 leitos em Hospital Psiquiátrico e 578 vagas em Comunidades Terapêuticas (RIO GRANDE DO SUL, 2014).

A retração do papel do Estado, a precarização das condições de trabalho e a presença permanente das forças oponentes à política de saúde mental, lideradas por corporações médicas e de forças políticas que ressuscitam o higienismo e a criminalização de parcelas significativas da população têm sido desafios e obstáculos ao avanço da produção do cuidado antimanicomial no estado do Rio Grande do Sul.

No Piauí, o ideário do movimento da reforma psiquiátrica foi propagado, inicialmente, pela academia e pelas ações da coordenação estadual e da Associação Psiquiátrica Piauiense, sobretudo nos de 1990, através de eventos científicos e comemorativos, que permitiram a presença de protagonistas de outros estados, sobretudo do Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte e Pernambuco.



Efetivamente, a reforma psiquiátrica piauiense foi impulsionada, de um lado, pelas políticas indutoras da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, através do financiamento para a implantação e implementação de novos serviços (comunitários, cidadãos); cursos de capacitação (sobretudo especialização-*lato sensu*), redução no número de leitos psiquiátricos em serviços "especializados" e apoio através de acompanhamento direto de "apoiadores" do Ministério da Saúde em cada região/estado. Com os desdobramentos das ações da Coordenação de Saúde Mental, sobretudo redução no número de leitos em hospitais psiquiátricos outro ator político fundamental entre em cena, o Ministério Público, através de suas promotorias da saúde.

O ano de 2001 constitui um marco no processo reformista local, em função de vários acontecimentos que ocorrem paralelamente. Criação dos primeiros dois CAPS no Estado, um voltado para usuários de substâncias psicoativas - CAPS ad e outro, para o segmento infante juvenil, CAPSi, ambos sediados na Capital – Teresina. O primeiro, sob gestão municipal e o segundo, sob gestão estadual, igualmente criados sob o peso personalista da influência de psiquiatras com investimentos formativos a partir dos segmentos em apreço. O primeiro a ser habilitado oficialmente pelo Ministério da Saúde foi o CAPSi. Em 2001 também é criada a primeira Associação de usuários e familiares da saúde mental do Estado, a Âncora, que fomenta a organização política através da vinculação com a luta antimanicomial, ações empoderadoras de usuários e familiares, e incrementa ações em prol da assunção do ideário reformista na política local. É ainda sancionada a Lei n. 2.987 de 21 de maio de 2001, pelo prefeito de Teresina que "dispõe sobre a política de saúde mental e de assistência psiquiátrica., bem como trata da regulamentação dos serviços de saúde mental no município de Teresina", que ficou mais nos planos das intenções.

É, efetivamente, em 2005 que ocorreu um *boom* na criação de CAPS e Serviços Residenciais Terapêuticos Piauí, associados a implementação do Programa de Volta para casa para 18 moradores e é criado o primeiro Plano Estadual de Saúde Mental orientado pelos princípios da reforma psiquiátrica. O Piauí sai de um patamar desfavorável no cenário nacional, em termos de quantitativos na criação de CAPS, figurando em 9º lugar no ranqueamento nacional. Todavia, os processos de trabalho nos novos equipamentos pouco se alteraram, predominando equipamentos reformados mas, voltados para o seu interior, e não para os territórios de vida de seus usuários. A Atenção Básica teve pouco envolvimento com a saúde mental.

O quadro piauiense completa-se com ações que criaram o Sistema Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas do Piauí, em 2008 (Lei 5.775), o fechamento do Sanatório Meduna, em 2010 (fechamento de 200 leitos) e a conseqüente criação de serviços substitutivos e, em 2011/2012 a criação da Câmara de Enfrentamento ao Crack, transformada em Coordenadoria de Enfrentamento às Drogas, com status de Secretaria. No plano estadual e municipal tem havido vários investimentos em capacitações de recursos humanos, mas, observa-se pouco retorno deste investimentos no dia a dia dos serviços, por várias questões, dentre as quais destacam-se: a) problemas de gestão, que não compreendem o que está em jogo no ideário reformista; b) problemas na gestão de recursos humanos, dentre os mais graves, precarização nas relações trabalhistas (terceirização); baixos salários, implicando em múltiplos empregos dos profissionais; baixa adesão dos profissionais aos novos processos de trabalho (em equipe, no território de vida, matriciando ações de saúde mental com as ESF/NASF).

Em suma, assim como no caso gaúcho, observamos avanços na assunção do ideário reformista no contexto piauiense, embora tardiamente, mas condensado na abertura de serviços extra-hospitalares, sem alterações substanciais nos processos de trabalho.

4 REFLEXÕES SOBRE NOVOS MODOS DE CUIDAR

Ao tomarmos a reforma psiquiátrica como processo político de desconstrução do modo manicomial de tratamento da/para a saúde mental, a construção de um outro olhar, de outros serviços e referências passa a ser fundamental. Os conceitos de desinstitucionalização, integralidade, responsabilização e intersetorialidade, dentre outros,



são presentes na análise dessa nova produção de cuidado em saúde e colocam-se como primordiais na perspectiva da construção de uma rede de atenção em saúde (RAS) e, em particular, de uma rede de atenção psicossocial (RAPS).

A integralidade, como uma das diretrizes do SUS, também está relacionada também está relacionada à noção de direito à saúde. A Lei Nº 8.080/90 define integralidade como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. No entanto, a noção de integralidade, segundo Furtado e Tanaka (1998), extrapola o conceito acima, pois o cuidado integral envolve cinco dimensões: o ser humano como centro da atenção e não a doença; o ser humano ou o grupo concebido em sua totalidade; a assistência propiciada nos diversos níveis dos serviços de saúde; o tratamento diferente para quem está numa situação desigual e a interferência nas condições gerais de vida da comunidade.

Nesse sentido, a busca pela integralidade envolve a noção de responsabilização, “o serviço deve responsabilizar-se pela saúde mental de toda a área territorial de referência e isto pressupõe um papel ativo na sua promoção” (DELL’ ACQUA & MEZZINA, 1991, p. 62).

No entanto, essa tarefa não se restringe aos serviços de saúde mental, a partir da nova lei de saúde mental, e, mesmo das Portarias Nº 336/2002 e Nº 3088/2011, do Ministério da Saúde; deve haver uma articulação entre os segmentos sociais que compõe a RAPS, a fim de promover melhora nas condições de saúde e de vida das pessoas.

Para Amarante (1996), é preciso ocupar-se de tudo aquilo que se construiu em torno da doença; faz-se necessário promover mudanças, em todo o sistema de saúde, para que de fato possamos nos responsabilizar de modo integral pela saúde das pessoas, como princípio ético-político de garantia dos seus direitos de cidadania.

Assim, de acordo com as Portarias acima, os CAPS devem se responsabilizar, sob a coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território. A responsabilização pela população atendida deve ser um princípio norteador do novo modelo de atenção em construção.

A produção do cuidado, portanto, baseia-se em um modelo de atenção à saúde mental aberto - modelo de atenção psicossocial, como uma das portas de entrada para a RAPS, que garanta cuidado e a livre circulação dessas pessoas pelos serviços, comunidade e cidade. A atenção básica/Estratégia de Saúde da Família (ESF), porta de entrada privilegiada da rede pública do Sistema Único de Saúde (SUS), diz respeito também às necessidades de saúde mental dos usuários. Nela, busca-se um cuidado singular do usuário, conhecendo suas necessidades e demandas, facilitando a criação de estratégias e linhas de cuidado, seja estimulando sua participação nas atividades existentes nas ESF, seja compartilhando o cuidado com os outros dispositivos, como CAPS, ambulatórios etc.

O matriciamento em saúde mental às equipes da ESF no território é a possibilidade de ampliação do trabalho do cuidado da atenção psicossocial. No apoio matricial, observamos que muitas pessoas com transtorno mental pouco comparecem as unidades de saúde ou não estão realizando acompanhamento nos CAPS, ou porque não precisam, ou porque apresentam outra necessidade de cuidado. Há uma dificuldade de oferecer cuidados integrais, pois existem também outras pessoas que demandam atenção das ESF, além das dificuldades que as equipes encontram em dar continuidade ao cuidado aos usuários que não se encontram nos CAPS, por apresentarem comprometimento em suas habilidades e necessitarem de cuidados, não-intensivos, mas de uma atenção voltada por conta do transtorno, de reinserção social e de cuidado no território.

Essa lógica territorial e de compartilhamento entre CAPS e ESF, através do apoio matricial, estabelece a integralidade da atenção aos indivíduos e suas famílias que demandam cuidados de saúde mental, que eventualmente não freqüentam os CAPS ou não utilizam os serviços disponibilizados pela ESF. No entanto, isso se coloca como um dos desafios aos dispositivos de cuidado de forma colaborativa, no sentido que esses tenham acolhimento, apoio e participem das atividades desta integração compartilhada. Neste sentido, isso só é viável pela ruptura com um modelo centrado na doença que vem



fragmentando o processo de trabalho das equipes, dando lugar às especialidades, elevando as filas de espera por consultas em saúde mental, com as internações nos hospitais psiquiátricos, em resposta a crise. Nesse processo, a escuta, o vínculo e a gestão do cuidado são secundarizados, dificultando o acolhimento das demandas de saúde mental na atenção básica.

Aposta-se em linhas de cuidado que potencializem recursos na atenção básica e que venha garantir novas práticas de cuidado em saúde mental, não restringindo tal atenção apenas aos serviços substitutivos, ampliando-se, conseqüentemente, os espaços sociais de acolhimento da loucura. Cuidar das pessoas com sofrimento psíquico o mais próximo possível de sua família, em seu contexto social, rompendo com o modelo centrado no hospital, sempre foi o objetivo da reforma psiquiátrica.

Embutidos nesta análise se destacam os conceitos de articulação e intersetorialidade, que são as bases de construção de uma rede de cuidados no território. A desinstitucionalização, como vimos, aponta para a criação de uma rede que estabeleça articulações e laços com outros setores das políticas públicas, para o desenvolvimento de articulações com outros saberes, com outras áreas de conhecimentos, com outras práticas, isto é, propõe uma interlocução constante com outros campos.

Desta forma, convoca-se a participação de diferentes atores sociais, tornando-o um campo permeável, plástico, poroso, dando a ideia de construção e reconstrução, ou seja, de movimento constante e permanente. Com a articulação, poderemos dar maior sustentação ao campo, além de fazer que a Reforma Psiquiátrica no SUS aconteça e se afirme enquanto política pública de Estado, indo além dos referidos dispositivos técnico-assistenciais. O desenvolvimento dessas ações integradas e intersetoriais em rede e no território, com outras políticas públicas, estabelecimentos e parcerias, sejam públicas, privadas e de iniciativa da sociedade civil vêm se efetivando timidamente, além de amplamente discutida e deliberada pelo campo da saúde mental.

Neste sentido, a atenção em saúde inclui ou deveria incluir, necessariamente, ações dirigidas também aos familiares, como usuários dos serviços e comprometendo-se com a construção de uma rede ampliada e compartilhada de saúde, respeitando as possibilidades individuais, coletivas, organizacionais e institucionais na perspectiva da cidadania e do direito à saúde.

O território, assim, é o lugar sobre o qual o serviço assume a responsabilidade sobre as questões de saúde mental. Isso significa que uma equipe deve atuar no território de cada usuário, incluindo nesse a dimensão do trabalho doméstico do cuidado, nos espaços e percursos que compõem suas vidas cotidianas, visando a enriquecê-lo e expandi-lo. O território, portanto, é vivo e dinâmico, pois é composto de sujeitos sociais. “A sociedade incide sobre o território, e este, sobre a sociedade” (SANTOS, 2000, p. 70), pois o território refere-se às forças vivas de uma dada comunidade.

Dentre todos os desafios a serem enfrentados na construção desse novo modo de produzir cuidado em saúde, destacam-se os obstáculos concretos na reprodução da vida social dos sujeitos com sofrimento psíquico, a dificuldade do acesso aos direitos sociais básicos, e, especialmente os relacionados ao morar e ao trabalho.

De acordo com Ferreira (2009), para as pessoas que possuem transtorno mental severo, é necessário que na atenção psicossocial sejam reconstruídas três instâncias: moradia, trabalho e lazer. Estas instâncias foram retiradas dos sujeitos com longos períodos de internação, visto que o manicômio virou sua moradia; o ócio seu trabalho e o abandono seu lazer.

No que se refere à moradia, Ferreira destaca que um dos grandes motivos da ocupação dos manicômios brasileiros atualmente é a questão da moradia. Foram criadas estratégias para lidar com tal questão, tais como os Serviços Residenciais Terapêuticos ou moradias assistidas, “que são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.6). Os SRT são regulamentados pela Portaria nº106/2000 e devem ser localizados nas cidades, fora dos



espaços hospitalares, destinados prioritariamente àquelas pessoas com longa internação e/ou que perderam seus vínculos familiares.

A implantação de Residências Terapêuticas está vinculada diretamente à diminuição de leitos psiquiátricos. Para cada pessoa com transtorno mental que é desinstitucionalizada e inserida em Residência Terapêutica, o leito deve ser fechado e o recurso financeiro realocado ao Sistema de Informação Hospitalar. A inversão do modelo assistencial é acompanhada, também, pelo deslocamento do financiamento, “desinvestindo” no manicômio para investir na rede de atenção psicossocial.

A questão da inserção social pelo trabalho constitui, uma dos maiores enfrentados na construção do modo de cuidar psicossocial. Pode-se afirmar que a quase totalidade das atividades relacionadas à temática continua realizando-se no interior das instituições de saúde mental, limitando o exercício de cidadania das pessoas com transtorno mental aos espaços “protegidos” da RAPS. As principais dificuldades de inserção no mercado de trabalho das pessoas com transtorno mental não decorrem unicamente de possíveis limitações vinculadas ao adoecimento em si, mas de fatores variados e conjugados, como idéias e valores dominantes da sociedade que promovem uma respectiva cultura que tende a se estabelecer como dominante.

Por outro lado, o acesso ao trabalho formal, com suas contradições, tem se mostrado como uma referência de direitos, autonomia e sociabilidade sobrepujando a sua importância relativa à capacidade de prover as condições materiais para a sobrevivência das pessoas com transtorno mental.

5 CONCLUSÃO

O campo da saúde mental, a reforma psiquiátrica e a problematização sobre o cuidado em saúde mental foram abordados por diferentes olhares e pontos de vista neste artigo, evidenciando a complexidade do processo de análise de tão amplo processo social.

Abordar as transformações pelas quais passam as políticas públicas de saúde mental no Brasil, seja pelo viés da produção de instrumentos e normativas, seja pelo olhar debruçado sobre o lócus do cuidado e suas peculiaridades, tem proporcionado aos pesquisadores/militantes da reforma psiquiátrica brasileira, um acúmulo teórico que permite contribuir para avançar rumo à sociedade sem manicômios.

São inúmeros os desafios e obstáculos colocados cotidianamente na construção desta política pública. Acreditamos que somente coletivamente poderemos ultrapassá-los.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.(Coord.). *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

_____. *O Homem e a serpente - Outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1996.

BRASIL. MS/GM. *Portaria Nº 3.088*, de 23 de dezembro de 2011.

_____. Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. MS/GM. *Portaria Nº 336*, de 19 de fevereiro de 2002.

_____. *Lei 10.216* de 06 de abril de 2001.

_____. *Lei 8080* de 19 de setembro de 1990.



CASTEL, R. *A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Tradução: Maria Thereza da Costa Albuquerque. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

DELGADO, P. G. G. et al. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil: In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Org.). *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta a Crise. In: AMARANTE, P. (Org). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial* (2). Paulo de Frontin: NAU, 2005.

DIAS, MTG. A reforma psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental: uma análise a partir do serviço residencial terapêutico Morada São Pedro. Tese. PUCRS, Faculdade de Serviço Social, Doutorado em Serviço Social, 2007.

DUARTE, M. J. de O. Por uma cartografia do cuidado em saúde mental: repensando a micropolítica do processo de trabalho do cuidar em instituições. In: BRAVO, M. I. de S. et al. (Orgs.). *Saúde e Serviço Social*. 5ª Edição. São Paulo: Cortez, 2012b.

FERREIRA, Gina. As instâncias sociais na Prática Psiquiátrica – Uma questão ética: reflexões e prática de um projeto de Lar Abrigado. **Revista Saúde Virtual**, 2009, p. 1-3. Acesso em: 20/02/2015

GOMES, T. **Para além da rima pobre do capital: questões sobre a inserção de pessoas com transtorno mental no trabalho formal**. Tese de Doutorado. PUC, Rio de Janeiro, 2014.

HEIDRICH, A. **Reforma psiquiátrica à brasileira. Análise sob a perspectiva da desinstitucionalização**. Tese de Doutorado, Ppg em Serviço Social. PUC_RS. Porto Alegre:PUCRS, 2007

MATTOS, R. A. e PINHEIRO, R. (org) *Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS; ABRASCO,2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Residências Terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília, DF, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM 3.090 de 23 de dezembro de 2011**, que altera a Portaria nº 106/GM/MS, DE 11 de fevereiro de 2000 e, dispõe sobre o repasse dos recursos dos Serviços Residenciais Terapêuticos. Brasília, DF, 2011.

PASSAMANI, Mauro Cezar. **Reforma da assistência psiquiátrica no Piauí: representações sociais pelos gestores e trabalhadores da saúde mental**. Dissertação - Mestrado Ciências e Saúde 2005.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Linha de cuidado de saúde mental. Disponível em:
http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/244/?Linha_de_Cuidado_de_Sa%C3%BAde_Mental. Acesso em 13/06/2014.

ROSA, L.C.S. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez,2003.



SEMINÁRIO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL,
TRABALHO E POLÍTICA SOCIAL
Universidade Federal de Santa Catarina
Florianópolis SC - 27 a 29 de Outubro de 2015

_____. ***Uso de álcool e outras drogas na adolescência em Teresina/PI.*** Teresina: EDUFPI, 2008.

_____. ***Configurações institucionais e profissionais das intervenções na área de álcool e outras drogas no Piauí: interface entre políticas públicas e direitos humanos.*** Teresina: EDUFPI, 2009.

SANTOS, M. et al. *Território e sociedade.* São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2000