

PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS: DESAFIANDO OS PRECONCEITOS

Camila Santos VIANA¹
Giovana Aglio de OLIVEIRA²
Mariana Molina GODOY³
Juliene Aglio de OLIVEIRA⁴
Marcia Heloisa de OLIVEIRA⁵

RESUMO: Este artigo discute a realidade das pessoas que sofrem transtornos mentais e suas famílias. É resultado da realidade vivenciada por alunas do 6º termo nos campos de estágios, sendo este o Ambulatório de Saúde Mental e o Hospital Psiquiátrico Allan Kardec. Tendo como proposta entrevistar os paciente do projeto AllanClô, estes que são atendidos no Ambulatório de Saúde Mental, buscando compreender as interfaces da realidade vivenciada pela saúde mental em Presidente Prudente. E ainda trará como profissional propositivo o assistente social que esta desvelando esta demanda.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica; Preconceito; Família, Serviço Social.

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo trazer à tona a vivencia do campo de estagio na saúde mental em Presidente Prudente, assim como a complexidade que envolve esta demanda tão presente no cotidiano, analisando as dificuldades impostas as pessoas com transtornos mentais e as dificuldades enfrentadas pelas famílias dos usuários deste serviço.

O primeiro item deste trabalho trará um breve histórico de como eram tratados os pacientes que necessitavam de tratamento psiquiátrico,

¹ Aluna do curso de Serviço Social das Faculdades Integradas “Antônio Eufrásio de Toledo”, Presidente Prudente/SP. Contato: casantosviana@hotmail.com.

² Aluna do curso de Serviço Social das Faculdades Integradas “Antônio Eufrásio de Toledo”, Presidente Prudente/SP. Contato: giovana_aglio@hotmail.com.

³ Aluna do curso de Serviço Social das Faculdades Integradas “Antônio Eufrásio de Toledo”, Presidente Prudente/SP. Contato: marianasemler@hotmail.com.

⁴ Orientadora, mestre em políticas sociais pela UEL, professora de supervisão acadêmica II, coordenadora do Curso de Serviço Social das Faculdade Integradas “Antônio Eufrásio de Toledo”, Presidente Prudente/SP. Contato: julieneaglio@unitoledo.br.

⁵ Orientadora, mestre em políticas sociais pela UEL professora de supervisão acadêmica II, da Faculdade Integradas “Antônio Eufrásio de Toledo”, Presidente Prudente/SP. Contato: marciahelo@unitoledo.br.

principalmente os mais empobrecidos. Estes viviam trancados em manicômios onde muitas vezes perdiam a sua identidade, pois esses eram excluídos da sociedade que achavam que com a internação estavam resolvendo um problema social.

O item seguinte trará o Movimento de Reforma Psiquiátrica que trouxe como proposta a revalorização do convívio familiar dos pacientes psiquiátricos e ao convívio comunitário. O movimento trouxe a desinstitucionalização, além da luta pela inclusão das pessoas com transtornos mentais, e traz algumas alternativas, o qual o sofrimento psíquico deve ser assistido em serviços de saúde como Unidades Básicas de Saúde, os Centros de Atenção Psicossocial(CAPs) e em caso de crises severas os pacientes devem ser internados em CAPS 24horas, ou quando não houver estes serviços os pacientes em crise devem ser atendidos em hospitais gerais onde são atendidos outros pacientes que sofrem de outras enfermidades.

O próximo item trará os dois campos de estagio discutidos neste artigo, sendo estes o Ambulatório Regional de Saúde Mental e o Hospital Psiquiátrico Allan Kardec. E discutirá a pesquisa de campo realizada no projeto Allancião, na instituição Allan Kardec, sendo este nomeado, pois os pacientes atendidos no projeto são também pacientes do Ambulatório de Saúde Mental.

No seguinte item, far-se-á uma explicitação acerca da rede de atendimento à saúde mental no município de Presidente Prudente, conceituando, num primeiro momento o que é rede e como se dá seu funcionamento e, em seguida, uma breve menção à de rede de atendimento à saúde mental no já referido município, caracterizando-a como uma rede fragmentada, deficiente em seu atendimento.

E como proposta para essa problemática o exposto tende a analisar os desafios os quais o profissional do Serviço Social e as alternativas de seu enfrentamento na implementação do projeto ético político na assistência a pessoa com transtorno mental e sua família. Entendemos que neste cenário o papel do assistente social deva ser construir respostas capazes de transformar a realidade imediata que é a resolução da doença em respostas que mudam a qualidade de vida, fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários dos usuários da saúde mental e seus familiares e ainda que o profissional propicie uma consciência crítica aos usuários e seus familiares

onde os mesmos possam participar de lutas políticas exercendo assim a sua cidadania.

A metodologia utilizada para a realização deste trabalho foi através de pesquisas bibliográficas e de campo, com alguns autores importantes como Vasconcelos, Rosa, Bisneto, os quais discutem essa demanda.

2 BREVE HISTÓRICO DOS PACIENTES DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL

A doença mental causa uma reação mais negativa e intensa à que diz respeito à doença física, na qual os transtornos mentais causam na sociedade um paradigma de preconceito e os pacientes e familiares incorporam esse padrão imposto. Os usuários ficam alienados de seus direitos e deveres.

Quando nos remetemos à loucura a primeira imagem que lembramos é dos asilos e manicômios onde eram mantidos os loucos, essas instituições eram locais de internação quando o sujeito apresenta uma crise relacionada a alguns transtornos mentais eram esquecidos nestas unidades, e junto deles ficavam todas as lembranças de uma vida de liberdade.

As características destas instituições eram de lugares escuros, os pacientes não tinham nenhuma privacidade todos os pacientes viviam coletivamente nem os banheiros tinham portas, quando em crise ficavam amarrados sendo vigiados vinte e quatro horas diárias por enfermeiros que pareciam mais seguranças.

As unidades ficavam em locais longe das áreas urbanas, eram locais fechados e isolados, os pacientes não tinham nenhum objetivo que era próprio, nem mesmo a sua própria roupa, Segundo Moffatt (p16, 1984) “sensação é a de estar em uma espécie de povoado de mendigos, de gente muito pobre desesperançada isolada entre si”

Nos hospitais psiquiátricos existiam dois instrumentos os quais manipulavam os pacientes, o choque elétrico e a camisa de força, se alguma desobediência acontecesse esses instrumentos eram utilizados pelos funcionários para manter a ordem. Mas esses dois objetos forma substituídos

por medicamentos em doses maciças que deixam os pacientes mais vulnerais que já estão.

Na psiquiatria traz uma hierarquia tradicional que coloca o saber do médico como predominante; o saber deste profissional exerce uma manipulação sobre os pacientes, onde os problemas sociais dos pacientes são resolvidos como problemas psiquiátricos, a propriedade do paciente de seu problema é desapropriada, os problemas passam a ser da instituição, quem decide se o usuário tem problemas ou não é a psiquiátrica.

Esses pacientes ficam alienados a um mundo imaginável, quando o quadro já esta estabilizado ficam vagando na unidade como mortos vivos Para Moffatt estas estruturas institucionais são:

para uma comunidade de normais é muito cômodo poder contar com uma lata de lixo psicológica onde se podem projetar as partes loucas, fazendo com que todos se sintam mais sãos, no entanto, esta solução para ansiedades psicóticas coletivas é muito mais injusta, pois condena o papel de loucos de uma boa parcela da sociedade. (Moffatt 1986 p16)

A presença de um diagnóstico de transtorno mental é estigmatizante, a ponto de excluir o individuo de qualquer convívio social, eles são visto como cidadãos com menor poder de escolha ou nenhuma escolha a não ser a de ficar trancado em casa para assim não causar nenhuma perturbação. Esses sujeitos passam a ser institucionalizados e tutelados pelo Estado. Segundo Amarante (1995 p. 22), “a questão central deste período encontra-se referida, ainda, a crença de que os manicômios são uma instituição de cura”

Os sujeitos com transtornos mentais sofrem muitos preconceitos dentro da sociedade e de sua própria família, não conseguem se inserir no mercado de trabalho, nas amizades, quando os pacientes se encontram em crise este preconceito fica mais evidente, tornando mais vulneráveis os pacientes que sofrem de transtornos mentais.

Com avanços nas legislações as quais serão discutidos no item da Reforma Psiquiátrica esses sujeitos passam a ter outras expectativas em torno da saúde mental no Brasil.

3 REFORMA PSIQUIÁTRICA, UM AVANÇO PARA A SAÚDE MENTAL

Quando nos remetemos à Reforma Psiquiátrica, entendemos que constitui em um processo histórico de transformações ocorridas na saúde mental.

A partir do momento em que os sujeitos tornam mais consciente à necessidade de um atendimento mais humanizado para garantir os direitos das pessoas com transtornos mentais, é travada uma luta de interesses políticos, econômicos e sociais. Com essa consciência crítica os sujeitos políticos passam a construir uma reflexão em torno à psiquiatria.

O movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira tem início com o episódio que ficou conhecido como crise da DINSAM (Divisão Nacional de Saúde MENTAL), órgão do ministério da saúde responsável pela formulação da saúde mental. Os profissionais da DINSAM deflagram uma greve. A greve se deu as condições precárias, ameaças e violências aos profissionais que trabalhavam na instituição e aos pacientes que eram atendidos nas mesmas as denúncias de estupros, trabalho escravo e mortes eram freqüentes.

A Reforma Psiquiátrica envolveu trabalhadores do campo da saúde mental, os quais buscaram apoio dos familiares das pessoas com transtornos mentais. O propósito da reforma é romper com paradigmas que deram origem ao estigma de loucura, bem como para enfrentar as estruturas dos manicômios presentes até então para atender os usuários dos serviços da saúde mental.

O movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil recebe influências norte- americana e italiana, sendo que esses dois pólos fazem crítica ao atendimento oferecido as pessoas com doenças e transtornos mentais. Os movimentos junto a outros movimentos sociais emergentes no período de luta pela democratização do país devido ao autoritarismo presente no Brasil com os militares no poder. Os principais objetivos e palavras de ordem no período foram: segundo Vasconcelos (2009 p. 23)

Denúncias e mobilizações pela humanização dos hospitais psiquiátricos tanto público quanto privados, alguns dos quais formas identificados como verdadeiros campos de concentração;

Denúncias da indústria de loucura nos hospitais privados conveniados ao INAMPS;
Denúncias e reivindicações por melhor condição de trabalho nos hospitais psiquiátricos, principalmente no Rio de Janeiro;
Primeira reivindicação pela expansão de serviços ambulatoriais em saúde mental, apesar do movimento não ter ainda bem claro como deveria ser organizados os serviços.

Com essas influências em torno da saúde mental, com a Reforma Psiquiátrica, ocorre à busca da desinstitucionalização a qual vai sendo questionada no espaço de discussões de novas práticas psiquiátricas que dêem a garantia universal de direitos a todas as pessoas a busca do princípio de cidadania da pessoa com transtorno mental.

Como resultado da luta por um novo sistema de saúde pautado em características democráticas, proposto pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, foi à inclusão de um novo preceito na Constituição de 1988, através do qual a saúde passa a ser concebida como um direito de todos os brasileiros e dever do Estado, inclusive a saúde mental. A estrutura subjacente a esta nova esfera possibilitou a evidência de novos atores e a interdependência entre as esferas de governo e destas com a sociedade civil.

Em junho de 1987 ocorre a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que recomenda a desconstrução do modelo dos asilos e ambulatórios, sendo que os participantes da conferência deliberaram por um modelo extra-hospitalar e para um trabalho multiprofissional, proibindo a construção de novas unidades psiquiátricas.

A II Conferência teve como intenção restaurar a saúde mental, priorizando a efetivação dos direitos de cidadania do doente mental, tendo a qualidade de vida dos usuários da saúde mental como conceito central o proporcionar aos mesmos a cidadania, respeitando as diversidades para que o doente mental tenha operacionalização e a garantia de reintegração social. Esta Conferência está em vigor até os dias atuais, a mesma enfatiza que para ocorrer a reestruturação na atenção à saúde mental é necessário criar mecanismos concretos para a desinstitucionalização dos doentes mentais.

Em 1989 o Deputado Federal Paulo Delgado apresenta ao congresso um projeto de Lei nº 3.657/89 dispondo sobre a extinção dos manicômios, e a implantação de serviços alternativos e a regulação da

internação psiquiátrica compulsória, este projeto de lei tramitou no congresso durante 12 anos e foi aprovado por unanimidade somente no dia 12 de março de 2001.

Outro marco para a saúde mental foi em 1990 com a Conferência de Caracas, a qual é referência para o processo de transformação do modelo de saúde mental. Em 2002 acontece a III Conferência Nacional de Saúde Mental o tema central das discussões foi a Reorientação do Modelo Assistencial, e o tema mundial proposto foi “Cuidar sim, Excluir não”.

As discussões então realizadas legitimaram as medidas e os processos já em curso naquele período, apontaram as novas iniciativas e as recomendações de afirmações, garantias e reconstrução dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais e as transformações do modelo assistencial foram assumidas como duas diretrizes principais para o processo de Reforma Psiquiátrica.

A política de saúde mental proposta pelo ministério da saúde, tem como estratégia a implantação de uma rede de apoio extra-hospitalar, as quais visam à redução progressiva dos leitos psiquiátricos, a expansão do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), inclusão das ações de saúde mental na atenção básica, consolidação do programa “De Volta para Casa”, expansão das residências terapêuticas, formação e qualificação de recursos humanos, promoção dos direitos dos usuários e familiares e incentivo a participação dos mesmos, qualificação do atendimento hospitalar e ambulatorial neste o Ambulatório de Saúde Mental de Presidente Prudente se apropria.

Tais estratégias conferem em avanços em termos de atenção a pessoa com transtornos mentais, os quais foram conquistados através da Reforma Psiquiátrica, momento em que ocorreu a debilitação dos projetos em atenção às pessoas com transtornos mentais, com propostas de arranjos administrativos e técnicos, onde ocorreu à busca de implementação dos serviços alternativos para atendimentos dos pacientes da saúde mental, conforme explicitações ocorridas nas conferencias e congressos sobre saúde mental.

O contexto histórico em torno da Reforma Psiquiátrica, em busca da desinstitucionalização, leva a imaginar que a reforma se deu de forma simplista, rápida e sem barreiras. Todavia temos um exemplo que demonstra

com essas profundas mudanças se deram lenta e tardiamente no Brasil, como foi árdua e com duração de 12 anos que o projeto de lei ficou tramitando no congresso; projeto o qual deu origem a Lei 10.216/2001 que traz em seu artigo 1º:

Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtornos mentais, de que se trata essa lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, sexo, etnia, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

A criação da lei confere em avanços aos diversos segmentos sociais engajados no movimento nacional na luta anti manicomial.

Porém a luta pela desinstitucionalização não se insere apenas pela criação deste projeto de lei, mas representa um desafio aos diversos segmentos engajados na luta. O enfrentamento à questão da saúde mental exige a participação de várias partes sociais, com a participação dos familiares, os quais perpassam por situações conflituosas e de contrastes, onde tais fatores devem ser considerados como dificuldades inerentes ao contexto social, econômico e político, que influenciam o campo das discussões teóricas e práticas dos movimentos Reforma Psiquiátrica.

Não podemos ignorar os obstáculos burocráticos da administração e as questões políticas e econômicas que envolvem a implementação de uma política pública. Com isso, percebemos que para a saúde mental se estabelecer definitivamente como uma política pública eficaz, ele necessita urgentemente reencontrar a sua dimensão aliada à compreensão de que as práticas de saúde mental necessitam de elaboração de tecnologias nas áreas de atenção, planejamento, financiamento, e muito mais do que isso de vontade política dos governantes.

Assim, a implantação da política de saúde mental e a efetivação dos seus princípios, universalidade, integralidade, equidade e descentralização, de restauração dos vínculos familiares, assistência a comunidade, e outros que foram conquistados durante a Reforma Psiquiátrica, vem sendo pauta de muitos debates e representa um dos maiores desafios para gestores e profissionais de saúde mental.

Dessa contradição surgem os desafios que devem ser enfrentados para a consolidação constitucional da política de saúde mental nos dias de hoje. Um deles se encontra no financiamento da saúde, que em um sistema universal é o mais comum. É verdade que os investimentos na saúde pública são baixos, mas também se gasta mal. É importante se criar uma consciência para melhorar a qualidade dos gastos, é um desafio a ser enfrentado na vertente da quantidade e da qualidade.

De acordo com Bisneto (2008, p. 42):

A crise do Estado e das políticas pública exerce influencias sobre a sociedade, as organizações institucionais e as praticas cotidianas. Calcado no projeto neoliberal, o planejamento econômico faz contenção de gastos na área de saúde publica pela racionalização dos serviços, implicando a diminuição da oferta do atendimento, a passagem da responsabilidade para o setor privado que objetiva principalmente o lucro, a descentralização da saúde com isenção de compromissos e o atendimento as camadas pauperizadas através de serviços mínimos e assistência apenas básica, essencial.

É através deste dado que se percebe qual sistema se quer implantar na realidade: uma política de saúde mental de acesso universal que contribua para inclusão social ou apenas uma política que realize as devidas manutenções da desigualdade.

Outro determinante foi que não houve preparo para as famílias das pessoas com transtornos mentais assumirem as responsabilidades, não tendo essa assistência da instituição e do Estado às famílias não tinham estrutura econômica, e principalmente estrutura emocional para enfrentar esta demanda. A família apresenta resistência ao novo modelo de cuidados no ambiente familiar os usuários da saúde mental, algumas foram acusadas de negligencia e maus tratos.

Enfatiza-se que a família exerce um papel fundamental junto ao pessoa com transtorno mental, devendo proporcionar toda a proteção, acolhimento, bem como aportes afetivos e cuidados distintos. Concernente à concepção conceitual do papel da família Rosa (p.35 2003) enfatiza quando diz que “o grupo familiar deve exercer a condição de parceria e co-responsável nos projetos terapêuticos dos Serviços de Saúde Mental”.

Diante desta problemática como proposta para fazer um trabalho com as famílias comunidades e o usuário o serviço social é chamado para intervir na totalidade social dos usuários da saúde mental, compreender a demanda pela institucionalização psiquiátrica ou, em outros termos, dos obstáculos ao "retorno" do paciente ao convívio social, como expressão da "questão social. Este tema será debatido no item seguinte.

3.1 Os rebatimentos para a família no acompanhamento do portador de transtorno mental.

É necessário explanar rapidamente a questão da reforma psiquiátrica direcionada ao âmbito familiar e seus rebatimentos e importâncias para família e para pessoa com transtorno mental. Entendendo que houveram muitas transformações decorridas da reforma.

Segundo Góis, Martins, Vieira, (2004, p.22):

[...] quando falamos em reforma psiquiátrica, falamos de um processo de transformações ocorridas principalmente a partir da década de 60 nos países de primeiro mundo e na década de 70 nos países de terceiro mundo, as quais envolvem os trabalhadores do campo da saúde mental, bem como a sociedade, onde todos partem em busca da desospitalização da doença mental, cujo propósito é romper com os paradigmas tradicionais que deram origem à psiquiatrização/hospitalização da "loucura.

De acordo com a citação, a reforma psiquiátrica previa a desospitalização e que fossem quebrados os paradigmas contra os Portadores de Transtornos Mentais (PTM) e que estes pudessem ser vistos com dignidade, como sujeitos de direitos e cidadãos perante a sociedade, a família e inclusive, por profissionais que lidam com tal demanda freqüentemente, prevê também a redefinição do papel do Estado e, portanto, um novo modelo de gestão.

O novo modelo que se consolidou com a reforma psiquiátrica, visa a desospitalização, o que significa que, a família passa a assumir e adquirir novos significados, responsabilidades, e maior participação, tanto ela como toda a rede de atendimentos, programas e serviços.

Esses novos modelos e responsabilidades que surgem e são direcionadas ao Estado, sociedade civil, família e profissionais, entende que para o tratamento do PTM é de grande relevância ser tratado mediante o convívio familiar e comunitário. Deve ainda ser lembrando que mesmo ocorrido a desospitalização pela reforma, os hospitais ainda permanecem em funcionamento, pois algumas pessoas ainda necessitam deste atendimento, e conseqüentemente do tratamento, o qual passa a ser mais humanizado e democrático, reconhecendo a família como fator positivo do processo de tratamento e/ou internação.

Afinal, o que realmente ocorreu com a reforma psiquiátrica foi uma reconstrução dos papéis em geral.

De acordo com a reconstrução que houve, a família assume algumas responsabilidades e deveres, tanto na proteção como no acompanhamento familiar e social, que antes pertenciam, na maioria das vezes, apenas aos hospitais e profissionais que conviviam com PTM, o qual ficava em sua maior parte do tempo nos hospitais em tratamento, mas agora o contexto social se tornou outro, pois é entendido que a família passa a ocupar um lugar expressivo na vida do portador de transtorno mental.

Dentro desta nova perspectiva, o PTM é visto de forma global, numa visão de totalidade, levando-se em conta suas peculiaridades, tendo como alvo principal sua emancipação, pois este indivíduo patológico passa a ser visto enquanto ser social...De outro lado, dentro deste contexto a família é compreendida por tal vertente como colaboradora no processo do tratamento do PTM, onde suas possibilidades, potencialidade e recursos são considerados como fator indispensável. (Góis, Martins, Vieira, 2004, p.19).

A família tem se configurado no cenário da saúde mental como um dos fatores mais positivos existentes no tratamento da pessoa com transtorno mental, pois ela é capaz de reconhecer o PTM como sujeito de direitos e potencialidades.

A família é vista como um canal que busca reconstruir relações cotidianas, mantendo e fortalecendo laços de sociabilidade, o que facilitará a re-inserção do PTM ao meio social, tendo em vista que esse processo ocorre inicialmente a

partir das relações intra-familiares, depois comunitária e por fim na sociedade em geral. (Góis, Martins, Vieira, 2004, p.19).

Mesmo que haja toda essa perspectiva e entendimento para com a família e sua importância no tratamento e acompanhamento da pessoa com transtorno mental, com muitas dificuldades e atrasos são pensadas respostas e suportes a ela, já que estas diversas vezes encontram dificuldades no cuidado, proteção e provimento do PTM e também na articulação entre os serviços e a rede que poderiam lhes dar maiores respaldos.

Muito embora a família ganhe ênfase no processo de tratamento do portador de transtorno mental, nem todas possuem condições de arcarem com tal responsabilidade (cuidado), tendo em vista que as transformações ocorridas no cenário econômico a partir da década de 70 provocaram a crise fiscal, assim como profundas transformações no mundo do trabalho o que desencadeou alterações na estrutura familiar de forma significativa. (Góis, Martins, Vieira, 2004, p.20).

Diante da citação é possível perceber que por volta dos anos 70 ocorreram diversas mudanças contextuais, o que dificultou para a família o provimento e o cuidado com o PTM. Faz-se necessário então entender o contexto social, político e econômico em que se deu a desospitalização com a reforma psiquiátrica e o (re) direcionamento do PTM a família e a comunidade.

É sabido que quando a família passou a ter mais responsabilidades e deveres perante o PTM, esta não estava preparada para tanto, e conseqüentemente encontrou dificuldades nos procedimentos e cuidados, sendo muitas vezes julgadas por profissionais, comunidades e pela própria família, a qual não convivia, por não saberem “cuidar” do PTM e nem dar os devidos respaldos.

Portanto, é compreendido que a família carece de suportes para lidar com tal demanda, necessita também ser capacitada para tanto, enfim, não é somente o PTM que precisa de acompanhamento e tratamento, tanto no sentido hospitalar como familiar e comunitário, e sim toda sua família a qual convive com o PTM cotidianamente e diversas vezes se encontra em meio a dificuldades e desesperanças.

4 AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL E HOSPITAL ALLAN KARDEC COMO CAMPOS DE ESTÁGIO.

O Ambulatório de Saúde Mental é uma unidade pública mantida pelo Estado de São Paulo, de atenção secundária, subordinada a DRS (Divisão Regional de Saúde), de Presidente Prudente a unidade é referência de atendimento a pessoas com transtornos mentais. O Ambulatório fica localizado na Avenida Manoel Goulart, nº 2139, telefone 18 3221-4633, próximo ao supermercado Carrefour.

Dentro da política de saúde o Ambulatório é considerado um serviço de média complexidade, ou seja, unidades de saúde que oferecem atenção integral à comunidade incluindo o programa de saúde mental.

A instituição encontra-se atrelado a política de saúde mental proposta pelo ministério da saúde, a política tem como estratégia a implantação de uma rede de apoio extra-hospitalar, as quais visam a redução progressiva dos leitos psiquiátricos, a expansão do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), inclusão das ações de saúde mental na atenção básica, consolidação do programa “De Volta para Casa”, expansão das residências terapêuticas, formação e qualificação de recursos humanos, promoção dos direitos dos usuários e familiares e incentivo a participação dos mesmos, qualificação do atendimento hospitalar e ambulatorial; neste o Ambulatório de Saúde Mental de Presidente Prudente se encaixa, consolidação da política para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas ilícitas.

Tais estratégias conferem em avanços em termos de atenção a pessoa com transtornos mentais, os quais foram conquistados através da reforma psiquiátrica.

Os usuários que são atendidos no Ambulatório de Saúde Mental são pacientes de Presidente Prudente e 45 municípios da região que sofrem de transtornos mentais sendo os casos como Esquizofrenia, Transtornos de Humor, Transtornos Neuróticos relacionados ao stress, esses são os mais atendidos. E feito o atendimento também a pessoas que queiram cessar o uso do tabaco, estes podem ser pacientes da unidade, ou sujeitos da comunidade, assim serão ingressos ao programa do tabagismo.

Os profissionais que integram a equipe multidisciplinar do Ambulatório de Saúde Mental visando à promoção e a manutenção da saúde mental aos usuários de Presidente Prudente e região são 01 Diretor Técnico, 03 Médicos Psiquiátricos, 04 Psicólogos, 02 Assistentes Sociais, 01 Terapeuta Ocupacional, 01 Farmacêutico, 02 Enfermeiras, 02 Auxiliares de Enfermagem, 04 Administrativos, 06 Jovens Acolhedores, 02 Estagiaria de Serviço Social. O partido político que a intuição encontra-se vinculada será sempre o partido em gestão atual.

O profissional que possui o saber dominante na instituição é a diretora técnica, a mesma tem a formação na área de Serviço Social, e faz parte da unidade desde o segundo semestre de 2009, e a diretora tem varias propostas para a melhoria do atendimento do ambulatório buscando efetivar a Política de Saúde Mental, para responder melhor as necessidades dos sujeitos que são atendidos na unidade.

No Ambulatório de Saúde Mental, há a preocupação que estes pacientes, ao saírem da internação, até que seu quadro se estabilize, sejam atendidos no ambulatório; quando passada a crise os pacientes da região e de Presidente Prudente devem ser atendidos na unidade básica de saúde como encontra-se na política de saúde mental, mas isso não ocorre os pacientes continuam sendo atendidos no ambulatório e o mesmo não da conta da demanda acabando por fazer um trabalho fragmentado.

O Hospital Psiquiátrico Allan Kardec, localizado a Rua Benedicto Franco, nº200, Jardim Itapura I, na cidade de Presidente Prudente, foi fundado em 19 de fevereiro de 1961, e tem como mantenedora a Associação Regional Espírita de Assistência – AREA -, que, na determinação de homens oriundos dos movimentos espíritas do Estado de São Paulo, administrado pelo Sr. Heitor de Miranda Silva, preocupados com o atendimento às pessoas em nível de vulnerabilidade e risco social, com transtornos mentais, resolvem por dar respostas a estas demandas, instalando um hospital psiquiátrico capacitado a atender esses usuários.

Deste modo, o Hospital Psiquiátrico Allan Kardec caracteriza-se por ser uma instituição privada que presta um serviço público, que é a saúde, mas especificamente na saúde metal, a política, filantrópica, sem fins lucrativos e de duração ilimitada, 100% SUS, regendo-se por estatuto próprio, e seu

patrimônio é constituído de donativos recebidos de particulares e de convênio com o Sistema Único de Saúde – SUS -, e presta atendimento aos municípios do Estado de São Paulo que fazem parte da DIR XI (Direção Regional de Saúde). O hospital visa humanizar o tratamento dado à pessoa com transtorno mental, melhorando sua qualidade de vida, bem como de sua família, proporcionando a ressocialização dos mesmos. Assim, presta assistência à saúde de pessoas com transtorno mental e seus familiares, por meio de tratamentos gratuitos, dentro das proporções estabelecidas pela legislação e regulamentos federal, estadual e municipal em vigor, de modo a assegurar a natureza filantrópica da instituição

O Hospital Psiquiátrico Allan Kardec, em seus três departamentos – Hospital Especializado (H. E.), Hospital Dia (H. D.) e Projeto Allancelô Reintegrando Vidas -, está organizado para oferecer aos usuários que buscam tratamento na instituição, atendimento psiquiátrico especializado sob a coordenação de uma equipe interdisciplinar.

O H. E. foi fundado em 19/02/1961, e tem como objetivo atender pessoas com transtornos mentais, toxicômanos, dependentes químicos e crianças e adolescentes dependentes químicos, onde os usuários permanecem internados, em tratamento, num período de 30 a 40 dias. Atualmente, o H. E. Dispõe de 50 leitos destinados a mulheres acima de 18 anos e 10 leitos para crianças e adolescentes de ambos os sexos, com idade entre 11 anos a 18 anos. Cabe citar aqui que o Hospital Allan Kardec é o único da região que dispõe de tratamento à criança e adolescente em situação de dependência química.

No ano de 1995 foi inaugurado o Hospital Dia “Heitor de Miranda Silva”, que contempla as ações voltadas às novas diretrizes orientadas pela portaria 224/92; deste modo, visa a substituição da internação hospitalar em regime fechado, por uma modalidade de tratamento intermediário entre a internação e o ambulatório.

O Projeto Allancelô - Reintegrando Vidas nasceu do desejo de contribuir com a Política de Saúde Mental e do processo de construção de uma nova cultura que assegure o direito de cada indivíduo ser e existir de acordo com suas subjetividades, onde são respeitadas as diferenças. O projeto tem por objetivo diminuir a reinternação de pacientes psiquiátricos, por meio de

oficinas terapêuticas, e dispõe de 30 vagas para pessoas acima de 18 anos, de ambos os sexos, egressos de hospitais psiquiátricos, desde que estejam em manutenção ambulatorial.

A presença de um diagnóstico de transtorno mental é estigmatizante, a ponto de excluir o indivíduo de qualquer convívio social, eles são visto como cidadãos com menor poder de escolha ou nenhuma escolha a não ser a de ficar trancado em casa para não causar nenhuma perturbação. Esses sujeitos passam a ser institucionalizados e tutelados pelo Estado.

Esses sujeitos sofrem muitos preconceitos dentro da sociedade e de sua própria família, não consegue se inserir no mercado de trabalho, nas amizades, quando os pacientes se encontram em crise este preconceito fica mais evidente, tornando mais vulneráveis os pacientes que sofrem de transtornos mentais.

4.1 Projeto AllancIô – Reintegrando Vidas como pesquisa de campo.

Abordaremos neste item a pesquisa de campo realizada no projeto AllancIô Reintegrando Vidas, pertencente ao Hospital Psiquiátrico Allan Kardec, mantido pela AREA (Associação regional Espírita de Assistência); o projeto atende PTM (pessoa com transtorno mental), desde que estes estejam em manutenção ambulatorial; todo os pacientes entrevistados fazem acompanhamento no ambulatório regional de saúde mental de Presidente Prudente com os psiquiatras da instituição.

O projeto, como explicitado acima, tem por objetivo diminuir a reincidência de internação de pacientes psiquiátricos, através de varias atividades oferecidas, visando desenvolver as habilidades e as potencialidades dos pacientes, ou como a coordenadora do projeto mesma pontua, os alunos, visto que não compreende que os usuários que ali estão por não encontrarem-se em situação de internação, devam ser tratados como pacientes. Deste modo, as oficinas terapêuticas oferecidas no projeto são:

- Oficina com linha (aulas de bordado, tricô e crochê);
- Oficina de marcenaria e restauração;
- Oficina de modelagem em barro;

- Oficina de pintura sobre tela, vasos, cerâmica, parede, papel e tecido;
- Oficina de culinária;
- Oficina de teatro e coral;
- Jardinagem;
- Limpeza;
- Fundamentos da Expressão Básica, que visa desenvolver o conhecimento e as potencialidades artísticas dos alunos;
- Projeto Aniversariante do Mês;
- Aulas de alfabetização;
- Teatro e;
- Coral;

Foram entrevistados cinco usuários, dentre eles três mulheres e dois homens, sendo estes um homem viúvo e uma mulher divorciada, o restante solteiro. Nenhum deles soube informar ao certo sua idade, e 4 deles possuem ensino fundamental incompleto, somente 1 tem o ensino técnico.

Todos os usuários entrevistados são atendidos no Ambulatório de Saúde Mental, pois o intuito da nossa abordagem é saber se existe um trabalho em rede direcionado à saúde mental.

4.1.1 Convívio Familiar e sua participação.

Usuário 1 relata: “quem cuida de mim é minha irmã, sobrinho e cunhado, porque não tenho nem pai e nem mãe”. Podemos perceber no relato deste usuário que a família tem participação na vida deste pessoa com transtorno mental, bem como esta ciente do esclarecimento do contexto da doença por acompanhar o usuário nas consultas, para que assim o tratamento seja efetivo.

Usuário 2 relata: “moro com minha irmã, cunhado e sobrinho e ela cuida bem de mim”. A um acompanhamento da família, mas estes não têm o esclarecimento da doença, pois acreditam que haja cura.

Usuário 3 relata: “moro com minha filha, e um filho com transtorno mental”. Diz que o convívio em casa é bom, e a filha o acompanha nos tratamentos e consultas. O filho do entrevistado também participa do projeto.

Usuário 4 relata: “moro sozinha, já tentei morar com minha irmã, mas não deu certo, a gente brigava e ela queria me dominar, chegou até a me bater”. O usuário prefere ter o seu espaço, mas ressalta que tem o acompanhamento da irmã, pois com frequência entra em crise e permanece internada.

Usuário 5 relata: “moro com meu pai e minha mãe, o convívio é tudo bem”. Esse usuário mora com os pais, os quais sempre acompanham o tratamento da filha, com uma proximidade maior do que as famílias dos demais entrevistados.

4.1.2 Doença, Estigma e Preconceito

Usuário 1 relata: “fiquei doente eu era criança, e minha mãe percebeu”. O usuário não se lembra quais os sintomas que sente quando está em crise, devido ao seu transtorno mental que é aparente, mas não há influência no seu modo de viver, pois já se acostumou com os olhares preconceituosos.

Usuário 2 relata: “não lembro quando comecei a ficar doente”. Há um desconhecimento do usuário para com a sua doença e sobre o preconceito ele diz que é normal, não se importa. “Eu gosto de cumprimentar os outros” e diz ter muitos amigos dentro e fora do projeto, pois gosta muito de conversar.

Usuário 3 relata: “minha doença começou um tempo e parou”, o paciente relata que trabalhava com construção civil, mas devido a doença teve que se aposentar. Diz que a doença atrapalha muito e não consegue dormir a noite devido às medicações. O paciente demonstra a vontade em continuar a exercer sua profissão, sente-se inútil, pois a doença o impossibilitou de fazer muitas coisas.

Usuário 4 relata: “os colegas de trabalho que perceberam minha doença, fiquei fora de mim.” O usuário diz que devido as dificuldades financeiras e de relacionamento com a família, originou-se a doença. Relata

também que, após a doença, até mesmo os parentes a tratam de maneira diferente.

Usuário 5 relata: “meu pai e minha mãe que perceberam o início da doença, eu pensava muita bobagem, sinto muito medo”. Conta que tem um pouco de dificuldade no relacionamento com os pais, mas que tenta superar os seus medos e quando percebe o preconceito fica muito triste.

4.1.3 Programas e Serviços para o enfrentamento da doença mental.

Usuário 1 relata: “me sinto feliz aqui no projeto”, ele conta que fez muitos amigos no projeto, gosta de fazer as atividades, pois o deixa calmo. Relatou também que no ASM só é atendido pelo médico psiquiatra e que nunca realizou atividades na instituição e também não foi atendido por mais nenhum profissional, além do psiquiatra.

Usuário 2 relata: “eu participo de todas as atividades aqui no projeto, é melhor eu ficar aqui do que em casa”. Relata também que no ASM faz o acompanhamento a cada três meses com o médico psiquiatra e no projeto gosta de ir para não ter que ficar em casa sem fazer nada.

Usuário 3 relata: “o atendimento antes era melhor”, o usuário conta que alguns anos atrás quando descobriu a doença ele era melhor atendido no que tange a saúde mental em Presidente Prudente e que vai ao projeto para não ficar dormindo em casa.

Usuário 4 relata: “quando eu não estou bem, eu vou sempre no ambulatório, agora quando eu estou bem é a cada dois meses.” “No projeto gosto muito do teatro e do crochê.” O usuário diz ser bem atendido no projeto e no ambulatório, e gosta muito dos serviços de ambos.

Usuário 5 relata: “gosto de desenhar só”. O usuário fala que tem algumas dificuldades de convívio com os colegas do projeto, diz que gosta de ficar mais sozinha. Relatou que gosta do atendimento no ambulatório, pois já recebe a medicação após a consulta.

Os usuários da saúde mental têm algumas variações, no que diz respeito à situação econômica, sendo os entrevistados todos com baixa renda, mesmo porque é característica da instituição, não só do projeto, atender usuários com transtorno mental em situação de vulnerabilidade social. Muitos

pacientes não têm poder aquisitivo de comprar o medicamento prescrito pelo médico e os mesmos não fornece a informação que este medicamento pode ser adquirido de graça sendo um direito deste usuário e sua família.

Esta determinante de baixa renda esta ligada a baixa escolaridade, do paciente e da família, não se encaixando em nenhum trabalho que exige capacitação e experiência, o paciente na maior parte abandona a escola por sofrer preconceitos e ouvir especulações dos amigos e os professores na maioria não estão preparados para lidar com essa demanda.

Quando a situação torna-se insuportável, não sendo mais possível equilibrar os conflitos, o destino dessas pessoas são os hospitais psiquiátricos. Todavia, o trabalho a ser desenvolvido antes da receita, ou mesmo depois dela, e o verdadeiro cuidado de saúde devem procurar despertar na pessoa suas motivações para trabalhar as contradições que a afligem, descobrir seus temores, suas angustias, enfim, fazer a educação para a saúde mental.

5 CONCEITUANDO REDE

Antes de explanar como funciona a rede de atendimento à saúde mental, bem com realizar uma critica acerca da mesma, faz-se necessário explicitar o que é uma rede, qual o conceito de rede e como se dá seu funcionamento.

Rede é uma forma ou estrutura organizativa com caráter democrático, constituída por pessoas e/ou instituições que possuem objetivos e interesses em comum, sendo conexos de maneira horizontal, havendo uma relação de cooperação entre as partes. Redes são estruturas flexíveis, ou seja, a idéia de rede é movimento, lineares, descentralizadas, horizontalizadas, não piramidais, sem definição de níveis hierárquicos; não há quem manda e desmanda, todas as decisões são tomadas conjuntamente.

Numa rede de caráter piramidal, a concentração de poder e de informações encontra-se nos níveis hierárquicos superiores, cabendo ao nível inferior subordinar-se e delegar poder representativo ao primeiro. Deste modo, neste modelo de rede, as informações circulam em âmbitos definidos. Já numa

rede de caráter horizontal, os integrantes que a compõem se unem de maneira linear, inexistindo a presença de um mandante para ditar como devem ser efetivadas as ações. O que ocorre, de fato, é a interação das partes constituintes, não havendo níveis hierárquicos e nem de representação, onde a responsabilidade das ações é distribuída em função de objetivos comuns. As informações perpassam em todas as direções, resultando numa espécie de teia de relações. A estrutura, configuração ou desenho da rede horizontal é flexível, e se transforma de acordo com o fluxo de informações, ou seja, a rede é maleável e as decisões e as decisões são tomadas coletivamente.

Deste modo, como já explanado, nas redes de estruturas horizontais, há a desconcentração do poder, ou seja, ocorre a diluição entre os nós que integram a rede. Essa desconcentração resulta na chamada multiliderança. Estar em rede significa partilhar dos mesmos objetivos que os demais integrantes da mesma.

O funcionamento da rede se dá por meio de um pacto que culmina numa coordenação das autonomias, visando à garantia da ação coletiva e a individualidade de cada componente da rede, onde todos os membros estabelecem as normas, através de acordos por eles estabelecidos.

Assim, estar em rede não significa, necessariamente, operar em rede. O que caracteriza uma rede é o seu funcionamento, isto é, “um jeito de operar que possibilite a autonomia dos membros da rede, que faça da horizontalidade, da descentralização, do empoderamento e da democracia uma ética de operação.” (MARTINHO apud OLIVEIRA, 2009)

Assim sendo, cabe agora explicitar como se, de maneira sucinta, a articulação da rede de atendimento à saúde mental na cidade de Presidente Prudente.

No referido município pode-se constatar a existência de uma rede de atendimento destinada à saúde mental. Porém, como tudo que diz respeito à saúde de um modo geral, o atendimento é deficiente, sendo “bonito” apenas no papel.

Deste modo, o que se pode notar é uma rede de atendimento à pessoa com transtorno mental fragmentado. A conexão que deveria acontecer entre hospitais, CAPs e ambulatório não é efetivada, sendo falha a articulação necessária entre as entidades que compõem a rede de atendimento.

Este se caracteriza por ser um dos maiores desafios enfrentados pelo profissional do serviço social no âmbito da saúde mental, visto que o profissional isolado não consegue realizar um trabalho eficiente e eficaz. Faz-se necessário que o assistente social busque apoio nas redes de atendimento para realizar um melhor atendimento para os usuários dos serviços prestados.

Outro desafio enfrentado pelo profissional do serviço social na área da saúde mental é o seu posicionamento frente ao Projeto Ético Político Profissional (PEPP), que será melhor abordado no seguinte item.

5.1 Os Desafios do Assistente Social na Saúde Mental frente à Luz do Projeto Ético Político

Nas últimas décadas o assistente social passa a ser reconhecido como um profissional da saúde, assim como a saúde mental a qual vem sendo discutida neste trabalho. Os campos de trabalho para os profissionais de serviço social na saúde mental vêm sendo ocupados mediante a ascensão e concepção da saúde mental como visão mais consciente e crítica entendendo que a saúde mental traz determinações sociais que acercam as pessoas com transtornos mentais e seus familiares, determinantes estas que podem melhorar ou piorar os diagnósticos desses pacientes.

O Serviço Social é uma profissão de natureza interventiva mediadora da realidade social. Diante das exigências posto aos assistentes sociais para que possa compreender os fenômenos sociais a prática profissional tem que ser pautado através da construção teórica metodológica compreendendo as demandas apresentadas, com compromisso ético político entendendo que o ser social tem seus valores, seus princípios. O profissional tem a necessidade de ser técnico-operativo, enfim um posicionamento crítico e interventivo para uma ação voltada à transformação e mudanças das demandas.

É de suma importância o assistente social conhecer o território que ira trabalhar, conhecendo as expressões da questão social da população demandada. Para Iamamoto (2009 p. 188) “o conhecimento criterioso dos processos sociais e de sua vivencia pelos indivíduos sociais poderá alimentar ações inovadoras”. É necessário diagnosticar, saber quem são os usuários

atendidos na instituição que visam o atendimento a pessoas com transtornos mentais sejam elas pública ou privada.

Com a pesquisa feita e o perfil levantado, o profissional tem que fazer o planejamento que visa à teoria a prática para assim atingir os objetivos das ações que irá desenvolver definindo as prioridades e saber se os recursos são necessários para desenvolver as ações.

É necessário ainda uma equipe multiprofissional, como médicos, psicólogos, enfermeiros, assistente social, e outros técnicos, essa equipe tem que trabalhar articuladamente saber desde o planejamento de todos os profissionais aos resultados alcançados. A característica de uma equipe multidisciplinar está embasada no diálogo, onde nasce o respeito à colaboração que busca objetivos em comum, adquire confiança exaltando a ética profissional, muito importante.

A interdisciplinaridade é um processo de trabalho construído no cotidiano da prática social, é importante que tenhamos um serviço social participativo, é um desafio que leva a somatória de saberes, substitui a ação fragmentada por uma troca de saberes. O assistente social é muito importante na equipe multiprofissional da saúde mental, pois contribui com sua formação em políticas públicas, mobilizando a comunidade e trabalhando na autonomia das pessoas com transtornos mentais e sua família e o profissional tem entendimento da complexidade da realidade das famílias e dos pacientes da saúde mental.

É necessário também um trabalho de rede que todos os serviços a pessoa com transtorno mental sejam integrados no processo do tratamento dos pacientes da saúde mental, o assistente social tende a fazer esta articulação com as outras políticas públicas e outros serviços que atende o doente mental, para que os serviços sejam capazes de atender todas as necessidades dos pacientes.

O profissional tem que resgatar nos usuários uma consciência crítica que os mesmos são sujeitos de direitos, e publicizar os direitos que as pessoas com transtornos mentais e seus familiares tem de participar de fóruns, conferências e conselhos sobre saúde mental para que assim eles possam exercer sua cidadania, e trazer a sua necessidade para que a política de saúde mental atenda como um todo o usuários. É necessário unir subjetividade com

cidadania, compreendendo as pessoas com transtornos mentais como sujeitos de sua história.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho trouxe as dificuldades e anseios das pessoas com transtornos mentais assim como seus familiares e a comunidade onde esses sujeitos vivem.

O desafio do atendimento a família dos doentes mentais está ligado a desconsideração da naturalização das relações centradas na família nuclear e propondo um novo olhar sobre outras formas de famílias construídas diante da sociedade vigente, além da falta de um rede de atendimento eficaz, não fragmentada, que comporte a demanda apresentada. É necessário que o profissional tenha uma ruptura com o conservadorismo, e traga para seu cotidiano uma consciência crítica.

O movimento de Reforma Psiquiátrica trouxe muitas mudanças para a saúde mental, mas é necessário que este movimento de luta não perca suas forças, pois sabemos que as políticas públicas no Brasil são fragmentadas e atendem somente o necessário, não tende a universalidade, descentralização e outras possibilidades postas na legislação.

Os pacientes da saúde mental e seus familiares têm que ter conscientização dos seus direitos e desnaturalizar que alguém esta fazendo uma benesse a eles, entendendo que os seus direitos não são dados mais garantidos sendo que os mesmos podem lutar para melhorá-lo.

Podemos perceber diante da entrevista que um dos maiores desafios postos na contemporaneidade aos profissionais que atuam na saúde mental, é o estigma, as limitações causadas pela doença que fazem dos pacientes com transtornos mentais um excluído, sempre dependente. No começo da doença os familiares e o próprio paciente não sabem como lidar com a doença, aparentemente esta situação é resolvida nas consultas rápidas e se encaixam com o desejo da pessoa em resolver “magicamente” as ansiedades e as dificuldades emocionais, sem confrontá-las abertamente.

Prossegue, afirmando que essa medicalização acaba por “entorpecer” os problemas sociais e psicológicos da população.

Entendendo que são sujeitos de direitos, o assistente social pode ter como foco do seu trabalho na saúde mental a conscientização da cidadania e no exercício da mesma, uma vez trabalhada esse aprendizado de participação para que os serviços de atenção as pessoas com transtornos mentais sejam efetivados

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001

BISNETO, José Augusto; ROSA, Lúcia; PEREIRA, Ivana Carla Garcia **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

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

BOTEGA, Neury José. **Serviços de saúde mental no hospital geral**. Campinas, SP: Papirus, 1995.

Brasil. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental: 1999-2001**. 2. ed., rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CERQUEIRA, Luiz. **Psiquiatria social: problemas brasileiros de saúde mental**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1984

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **As Dimensões Ético-políticas e Teórico-metodológicas no Serviço Social Contemporâneo**. In BRAVO, Maria Ines Souza; GAMA Andréa de Souza; MONNERAT Giselle Lavinias; VASCONCELOS Ana Maria de. **Saúde e Serviço Social**. 2ed. São Paulo, Cortez, 2009.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

GOIS, Claudia Cristina; MARTINS, Gislaine de lima; VIEIRA, Maria Gilvânia. **A Importância da Participação e Acompanhamento da Família no Processo de Tratamento do Portador de Transtorno Mental**. 2004.75f. Monografia (Graduação em Serviço Social) – Faculdades Integradas Antônio Eufrasio de Toledo. Presidente Prudente 2004.

GONÇALVES, Lúcia Maria Rodrigues. **Saúde mental e trabalho social**. São Paulo: Cortez, 1983.

MOFFATT, Alfredo. **Psicoterapia do oprimido**: ideologia e técnica da psiquiatria popular. São Paulo: Cortez, 1984.

O Que é Reforma Psiquiátrica. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33929>
Acesso em 16 de outubro de 2010.

OLIVEIRA, Márcia Heloisa. Texto didático. **O que são redes?**. Faculdades Integradas “Antonio Eufrásio de Toledo”. Presidente Prudente, 2009.

Portal da saúde. Saúde Mental. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em 21 mai. 2010.

PERRUSI, Artur. **Imagens da loucura**: representação social da doença mental na psiquiatria. São Paulo: Cortez, UFPE, 1995.

Projeto Terapêutico da Clínica Psico Físico Social Allan Kardec. Presidente prudente, 2010.

RODRIGUES Ednilce Lins. Cidadania, transtornos Mentais e o serviço Social. Revista de Serviço Social do Hospital das Clínicas n95

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

ROSA, L. C. dos S., PEREIRA, I. G. P., BISNETO, J. A., VASCONCELOS, E. M. (org.). **Saúde Mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinariedade. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

Saúde Mental Passo a Passo: **como organizar a rede de saúde mental no seu município?** Disponível em:
<http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/rede_de_saude_menta_revisado_6_11_2008.pdf>. Acesso em: 16 de outubro de 2010.