

FACULDADE LABORO  
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL

**POLIANA LIMA VIEIRA**

**RELATO DE EXPERIÊNCIA DOS ATENDIMENTOS EM SAÚDE MENTAL  
NO CENTRO DE REFERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL DE SANTA INÊS**

São Luís  
2015

**POLIANA LIMA VIEIRA**

**RELATO DE EXPERIÊNCIA DOS ATENDIMENTOS EM SAÚDE MENTAL  
NO CENTRO DE REFERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL DE SANTA INÊS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Mental e Atenção Psicossocial da Faculdade Laboro, para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Claudia Monteiro de Andrade

São Luís

2015

**POLIANA LIMA VIEIRA**

**RELATO DE EXPERIÊNCIA DOS ATENDIMENTOS EM SAÚDE MENTAL  
NO CENTRO DE REFERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL DE SANTA INÊS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Mental e Atenção Psicossocial da Faculdade Laboro, para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Claudia Monteiro de Andrade

Aprovado em    /    /

---

Orientadora: Cláudia Monteiro de Andrade

---

EXAMINADOR 1

---

EXAMINADOR 2

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me dado sabedoria, tranquilidade ao conduzir esse trabalho. Agradeço a minha família pelo incentivo, dedicação para que mais uma etapa da minha vida fosse concluída. A Flávio Maximino pelo seu amor, companheirismo e incentivo para estudar cada vez mais e não desistir dos sonhos. A todos os meus amigos de turma, em especial a Gabriela Mota, Alline Rodrigues, Nayara Lindoso, Walquiria Nascimento, Steffany Alves, Klarissa Fonsêca, que compartilharam seus conhecimentos, sua prática e suas experiências de vida. A todos que direta e indiretamente contribuíram com a execução desse trabalho.

## SUMÁRIO

	<b>PÁG.</b>
1. INTRODUÇÃO .....	06
1.1 Inserção recente do psicólogo nas políticas sociais .....	07
1.1.1 Quantitativo de psicólogos atuando no SUS e no SUAS no Brasil .....	11
1.2 A Rede Intersetorial das Políticas Sociais .....	13
1.2.1 A Rede de Atenção Psicossocial e a Articulação Intersetorial .....	13
1.2.2 A Rede de Assistência Social no Brasil .....	17
2. DESCRIÇÃO DE CASO INSTITUCIONAL .....	20
2.1 Caracterização do município .....	20
2.2 Resultados e Discussão .....	22
2.2.1 Perfil de Atendimento em Saúde Mental no CRAS de Santa Inês .....	22
3. CONCLUSÃO .....	29
REFERÊNCIAS .....	30
ANEXOS .....	33

# **RELATO DE EXPERIÊNCIA DOS ATENDIMENTOS EM SAÚDE MENTAL NO CENTRO DE REFERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL DE SANTA INÊS**

Poliana Lima Vieira

## **RESUMO**

O presente estudo tem como objetivo analisar os perfis de atendimentos psicológicos no CRAS de Santa Inês. O CRAS é um equipamento responsável por prevenir situações de violações de direito. Atende a famílias beneficiárias do Bolsa Família e do Benefício de Prestação Continuada. Este trabalho parte da análise da rede intersetorial e das demandas em saúde mental do CRAS da cidade de Santa Inês. Os dados foram obtidos das fichas de atendimentos psicossociais do CRAS no período de abril de 2014 a abril de 2015. Os resultados demonstram que o maior percentual de pessoas buscaram atendimentos psicológicos com a queixa de algum tipo de transtorno mental (70%), queixas da atenção básica (12%) e uso abusivo de drogas (10%) seguidos das dificuldades de aprendizagem (08%). Constatou-se que a maioria dos atendimentos psicológicos eram demandas para saúde o que demonstra uma carência profissional para atender essas demandas e uma falta de articulação intersetorial entre os serviços.

### **Palavras-chave:**

saúde mental, assistência social, psicologia.

## **ABSTRACT**

The present study aims to analyze the profiles of psychological attendance in CRAS of Santa Inês. The CRAS is an equipment responsible for preventing situations of violations of law. Metts to the beneficiary families of the Bolsa Familia and of the Beneficio de Prestação Continuada. This work part of the intersectoral network analysis and demands for mental health of the CRAS of Santa Ines. The data was obtained from chip Psychosocial CRAS from April 2014 to April 2015. The results show that the highest percentage of people sought psychological care to complaint from some form of mental disorder (70%), primary care complaints (12%), abuse of drugs followed the learning difficulties (08%). It was found that most psychological demands for health care demonstrating a professional need to meet these demands and a lack of intersectoral coordination between services.

**Keywords:** mental health, social assistance, psychology.

## INTRODUÇÃO

A inserção do Psicólogo nas lutas sociais e sua mobilização permitiu fomentar um conhecimento maior da população sobre sua forma de atuação. O interesse por temas da área, em decorrência da popularização de conceitos psicológicos, possibilitou um aumento das demandas desse profissional.

O Psicólogo começou a ser inserido no contexto da saúde mental a partir da mudança na forma de tratamento dos transtornos mentais que passaram a ocorrer dentro do CAPS e não mais voltado para um modelo hospitalocêntrico. Com a Reforma Psiquiátrica a pessoa com transtorno mental deveria ser cuidada em seu seio social, inserido no seu contexto e não mais “preso” ao hospital. Assim, a população em geral passa a ter acesso e conhecimento da ocorrência dos tipos de transtornos mentais, do sofrimento humano.

A psicologia no Brasil se solidifica a partir dessa popularização. Com a entrada em equipes de setores públicos, a população que não conhecia a atuação desse profissional passou a ter uma relação mais próxima com os psicólogos. Um dos setores que ganhou notoriedade e aumento da absorção de Psicólogos no mercado de trabalho foi o CRAS, equipamento que faz parte das políticas de assistência social.

“Dentre as ações previstas para o CRAS, está o acompanhamento prioritário às famílias atendidas pelo Programa Bolsa Família e Benefício de Prestação Continuada – BPC, bem como diagnóstico, orientação e encaminhamento de famílias em situação de vulnerabilidade para inclusão nesses.” (LOPES. p.188, 2007)

A fim de ajudar as famílias em vulnerabilidade e risco social a superarem situações adversas decorrentes dessa condição, o Estado disponibiliza a essa população muitos benefícios e programas sociais. Dentre esses está a Proteção Básica cujo representante é o CRAS.

Segundo o Ministério do Desenvolvimento Social (2015) o CRAS deve ser instalado em locais onde existe maior concentração das vulnerabilidades visando a aproximação dos usuários e os serviços, com concentração de famílias com renda per capita mensal de até  $\frac{1}{2}$  salário mínimo, com presença significativa de famílias e indivíduos beneficiários dos programas de transferências de renda, como o BPC - Benefício de Prestação Continuada, Bolsa Família e outros.

A vulnerabilidade social pode ser entendida a partir da interação de fatores complexos como as forças individuais, o ambiente e a presença ou não de suporte

social. Janczura (2012) cita que os grupos sociais podem se tornar vulneráveis pela exclusão social de que sofrem.

Sabe-se que esse grupo social é marcado por um processo de exclusão social das suas garantias de direitos. Esse processo de exclusão ocorre dentro das próprias políticas que deviam assegurar tais direitos.

O tema deste trabalho surgiu das inquietações da prática da psicologia no CRAS e as demandas atendidas que tinham uma clara desassistência dos serviços de saúde mental. O objetivo desse trabalho é analisar o perfil de atendimentos em Saúde Mental no CRAS de Santa Inês – MA demonstrando a necessidade de implementação dos serviços da rede de Saúde Mental e sua articulação no Município, partindo-se da análise dos perfis de prevalência nos atendimentos psicológicos no CRAS.

A obtenção dos dados ocorreu após minha inserção profissional neste órgão e também a partir do início no curso de Saúde Mental e Atenção Psicossocial a qual permitiu visão mais ampla do conceito de saúde mental e a importância da articulação dos serviços para atender a essa demanda.

Analisar essa demanda reprimida é de fundamental importância para a revisão de quais serviços estão sendo oferecidos e quais precisam ser implantados e/ou implementados. Além disso, permite analisar como estão sendo executados. O estudo permite também que se amplie a concepção de sujeito, os sujeitos das políticas sociais não pertencem a apenas uma política específica. Afinal, a visão de sujeito tem como ponto de vista sua integralidade, sua completude.

A importância de se analisar o sujeito por essa ótica é que se rompe com a fragmentação do sujeito e a falta de responsabilização de todos os envolvidos nas políticas de proteção. Muitas vezes, uma política fica sobrecarregada com as demandas por não existir a articulação intersetorial.

Na prática há uma dificuldade em se articular saberes, atuações, experiências. A dificuldade de articulação intersetorial é visível e analisada em muitas pesquisas. Repensar essa prática é incluir novas formas de cuidado aos sujeitos fomentando sua autonomia, respeitando sua subjetividade e suas singularidades e transformando-o em agente da sua própria história.

### **1. 1 Inserção recente do psicólogo nas políticas sociais**

O conceito de Política Social pode ser entendido, de acordo a nota de rodapé inserida no texto de Yakamoto e Oliveira (2010), como os segmentos que fazem parte



do que classicamente se denomina de “seguridade social”, saúde e assistência social. (p.9)

Essas Políticas Sociais só foram asseguradas à população quando os Movimentos Sociais na década de 80 se fizeram fortes e puderam assegurar a conquista dos direitos enquanto cidadãos. O Brasil vivia a época da Redemocratização do país após longos anos de ditadura militar.

Antes da década de 80, “o país vivia ameaçado pela cassação de direitos políticos, a intervenção em entidades estudantis e sindicais, a centralização do poder na mão do Executivo, as torturas, as perseguições, os desaparecimentos de políticos opositores e as mortes.” (Araújo. p.149, 2005).

Esses acontecimentos tiveram repercussão haja vista que aumentaram o interesse por problemas da vida interior humana, reduzindo tudo ao psiquismo e gerando uma visão reducionista e psicologizante. Assim, os discursos da época envolviam sempre uma retórica baseada nos clichês da Psicologia e em uma atuação de cunho normativo.

Somente no final da década de 80, com a retirada da censura e dos atos institucionais surgiram movimentos sociais com participação da sociedade civil e trabalhadores, inclusive Psicólogos, que por meio de debates, conferências e reflexões sobre a sua atuação passam a ter uma visão mais voltada para as necessidades da população brasileira. (Araújo, 2005)

A Psicologia precisou rever sua identidade e sua imagem social frente às demandas sociais emergentes. Contudo, o modelo elitista e restrito persistiu por muitos anos, sendo até hoje, um entrave no trabalho multiprofissional de equipes em Políticas Sociais por conta das dificuldades dos profissionais trabalharem com situações que não lhe são familiares.

Mais tarde essa mudança de visão frente as demandas sociais foi consolidada a partir do fim da ditadura militar e outorga da Constituição Federal de 1988 o qual garantiu que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. A constituição brasileira foi amparada em diretrizes internacionais, como a mudança do conceito de saúde pela ONU e pela Carta de Direitos Humanos, ambos proclamados no ano de 1948.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) redefiniu o conceito de saúde, como uma construção “que inclui o bem-estar físico, psíquico, social e espiritual.” (Oliveira. p. 46, 2007). Esse novo modelo adotado adiciona uma concepção social de saúde que enfatiza os recursos pessoais, físicos e sociais e deixa de lado o conceito de saúde como

ausência de doença. Desse modo, os fatores biológicos, comportamentais, econômicos e psicossociais são determinantes de uma boa ou má saúde seja física ou mental.

Com essa redefinição, emerge um conceito de saúde mental variável e dependente dos determinantes sociais, políticos e culturais. Ela é definida como “a capacidade do indivíduo, do grupo e do ambiente interagirem entre si de modo a promoverem bem-estar subjetivo, o desenvolvimento ótimo e o uso de habilidades mentais (cognitivas, afetivas e relacionais), o alcance e preservação das condições de igualdade fundamentais.” (Oliveira. p. 46, 2007).

Essas concepções foram de fundamental importância para a formação de um novo olhar sobre o modo de assistência em saúde mental. Antes a forma de tratamento nas internações psiquiátricas tinha como enfoque práticas curativas e asilares. Após essas reformulações, a assistência em saúde mental volta sua atuação para práticas preventivas e interdisciplinares.

Por influência das lutas italianas de Franco Basaglia no combate a política de internação no manicômio, surge movimentos populares brasileiros reivindicando pelos direitos dos assistidos em hospitais psiquiátricos.

Ocorre a I Conferência de Saúde Mental em 1987 onde reúnem-se as diferentes categorias profissionais, partidos políticos, entidades religiosas, instituições privadas, associações de usuários, instituições de ensino e demais segmentos da sociedade para que de modo participativo e democrático fosse possível a viabilização da troca de informações pertinentes para a melhoria da qualidade assistencial. (Ministério da Saúde, 1987).

A essa altura já haviam sido instaurados novos modos de assistência em saúde mental como os protótipos dos CAPS. “O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março de 1986 na cidade de São Paulo. Era chamado de Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva” (Ministério da Saúde. p.12, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde (2004), a criação desse CAPS e de tantos outros decorreu de um grande movimento social que iniciou com os trabalhadores de saúde mental, que denunciavam a situação desumana dos hospitais psiquiátricos, que constituíam como o único acesso para os usuários portadores de transtornos mentais.

“A mobilização continuou crescendo e culminou com a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que aprovou a proposta de criação do SUS. Em 1988, o sistema foi consagrado pela Constituição Federal.” (CONASEMS. p. 11, 2013).

Tanto a Reforma Psiquiátrica Brasileira quanto a Reforma Sanitarista foram primordiais para o desenvolvimento de ações que ampliassem o conceito de saúde, reconhecesse saúde como direito, viabilizassem a criação de um sistema de saúde e o desenvolvimento de políticas para os recursos humanos. (Arona, 2009).

Os Movimentos Sociais na saúde foram legitimados pelo capítulo intitulado de “Ordem Social” da Constituição Federal de 1988, que diz que “a “Saúde é Direito de Todos e Dever do Estado”, conceito fundante da universalidade do acesso e responsabilidade do Estado, que vieram a constituir o SUS – Sistema Único de Saúde, em 1990.” (Delgado. p. 29- 30, 2011).

A atenção à saúde brasileira sofreu fortes influências internacionais por quais suas diretrizes de saúde estão baseadas. A construção do SUS envolveu o estabelecimento das bases de sua construção os grandes debates nacionais e internacionais. Muito se deve às Conferências Mundiais de Saúde, que discutiram e buscaram construir conceitos como o de promoção da saúde. (Arona, 2009).

No dia 06 de abril de 2001, é instituída a Lei nº 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental para serviços de base comunitária. (SAÚDE, 2005)

A partir desse novo modelo de assistência a população com transtorno mental, o Psicólogo passa a questionar sua formação e modelo de atuação, ensejando a luta para a ampliação do mercado de trabalho. Inicia-se assim, a sua participação nas lutas da sociedade civil. (Araújo, 2005).

O Psicólogo brasileiro se envolveu em lutas voltadas para o Movimento Sanitário, Reforma Psiquiátrica, defesa de ações do SUS, campanha contra o ato médico; direitos humanos: proteção contra a violência e tortura no sistema carcerário/sistema de medidas socioeducativas, a defesa do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA e redução da maioridade penal, combate à violência contra o idoso, a mulher e a criança. (Macedo & Dimenstein, 2011a)

Além dessas questões, atuou em lutas educacionais com a inclusão escolar, democratização das comunicações e demais ações para redução da baixaria na TV, questões relacionadas a mobilidade e a violência no trânsito, debates sobre questões de terra e situações de desastres e emergências. (Idem)

O envolvimento da Psicologia brasileira também se voltou para as questões da assistência social que envolve a realidade social brasileira. Surge a necessidade de

superar o modelo de assistencialismo, clientelismo prestado pelo Estado. As lutas sociais possibilitaram a inserção da Assistência Social como política pública de direito, não contributiva, acessível a todos os cidadãos que estão em situação de vulnerabilidade, desproteção social. (MDS, 2015)

Em 2005, foi estabelecido o Sistema Único da Assistência Social que teve sua proposta de implantação desde a I Conferência Nacional de Assistência Social em 1995 e a promulgação de Lei Orgânica de Assistência Social em 1993.

Com a aprovação Política Nacional de Assistência Social (PNAS) em 2004, o Estado brasileiro começou a responsabilizar-se verdadeiramente pela promoção de um conjunto de ações “capaz de cobrir, diminuir ou prevenir situações de riscos e vulnerabilidades sociais, necessidades emergentes ou permanentes decorrentes de problemas pessoais ou sociais da população”. (Macedo et al, 2011b)

A participação do psicólogo nos movimentos sociais garantiu o espaço dessa categoria frente as questões sociais relevantes para a sociedade brasileira de maneira legítima nas equipes de trabalho dos programas e serviços ligados às políticas públicas no Brasil.

Dessa maneira, a Psicologia no Brasil se fortaleceu ao longo das décadas a partir do momento que as lutas sociais foram sendo conquistadas. O psicólogo começou a ser inserido no campo das políticas públicas desde a década de 80, mas na década de 2000 que ampliou significativamente quando muitas leis, sistemas, portarias ministeriais, resoluções e decretos federais foram estabelecidos.

### **1.1.1 Quantitativo de psicólogos atuando no SUS e no SUAS no Brasil**

Segundo dados da pesquisa de Macedo e Dimenstein (2011), no ano de 2011 haviam registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, 33.613 psicólogos atuando no SUS. Já em relação a Assistência Social, os autores pontuam que através do CadSUAS, sabe-se que atualmente contamos com um total de 5.807 psicólogos atuando em 4.569 unidades de CRAS e 948 unidades de CREAS, número que cobre 4.104 Municípios brasileiros (Macedo & Dimenstein.p.300, 2011a).

Segundo dados do CFP (2015) estão cadastrados 1.655 Psicólogos no estado do Maranhão. Desses 1.389 são do sexo feminino e 242 do sexo masculino. O Conselho Regional de Psicologia do estado passou por um desmembramento recentemente, antes fazia parte da Regional Ceará, Piauí – CRP 11. No Maranhão estão Cadastrados 517

Psicólogos no SUS. Em Santa Inês o quantitativo de Psicólogos atuando no SUS cadastrados no CNES (2013) são 03 (três) Psicólogos.

Sobre a atuação do psicólogo no SUAS, Macedo et al (2011b) traz em suas pesquisas que há no Brasil 7.607 CRAS e 2.155 CREAS, distribuídos nos 5.565 municípios. Além disso, ao todo, são 8.079 os psicólogos que atuam no SUAS: 6.022 em CRAS e 2.057 em CREAS (p.479). Desse quantitativo, tem-se 249 Psicólogos atuando em CRAS e 62 Psicólogos atuando em CREAS no Maranhão.

O Nordeste destaca-se como o que conta com o maior número de psicólogos em CRAS (2.252), e o Sudeste, em CREAS (706). Além do mais, 92,9% dos psicólogos do SUAS atuam em municípios interioranos. (Macedo et al.p.479, 2011b).

Apesar do SUAS ser um serviço que expande a atuação do Psicólogo no Nordeste brasileiro, há alguns estados, o que inclui o Maranhão, que essa expansão ocorre de maneira lenta.

O Maranhão é o estado que apresenta o menor índice de Psicólogos atuando em CRAS, cerca de 71,7%. Enquanto que o percentual da Região é de 83,9% e de outros estados do Nordeste como o Estado do Ceará (95,7%), seguidas das de Alagoas (92,5%), da Paraíba (92,09%), da Bahia (85,7%), de Pernambuco (82,9%) e de Sergipe (81,9%). (Macedo et al. p.487, 2011b)

Infere-se assim, que a Política de Assistência Social capilarizou os serviços do Psicólogo brasileiro para as cidades interioranas de médio e pequeno porte (Macedo et al.p.379, 2011b). Apesar dessa interiorização no Brasil, o Maranhão parece ter um número de profissionais reduzidos, o que se observa pelo recente desmembramento da Sessão Maranhão dos estados Piauí e Ceará.

As Universidades de Ensino de Psicologia localizam-se na capital São Luís que atualmente conta com três Faculdades e/ou Universidades que oferecem esse curso. Antes, havia apenas duas universidades que iniciaram o ensino de Psicologia na década de 90, portanto, a inserção do Psicólogo no mercado de trabalho no Maranhão é muito recente.

No dia a dia percebe-se a carência de profissionais de saúde, Psicólogos também. Apesar de atuar na Assistência Social e ter papéis diferentes da Saúde, muitos procuram o atendimento tradicional, clínico, o que mostra uma carência de profissionais, sobretudo no Maranhão, para atuar em equipes de saúde e também um aumento da demanda.

## **1.2 A Rede Intersetoriais das Políticas Sociais**

### **1.2.1 A Rede de Atenção Psicossocial e a Articulação Intersetorial**

A portaria de implantação do CAPS é a Portaria GM 366/02 que institui os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico com serviços ambulatorial de atenção diária baseadas nas características do território pelo qual sua população é atendida. Sendo assim, responsabilizou as gestões municipais para a organização das redes de cuidado em Saúde Mental. (Lima & Yasui, 2014)

O Ministério da Saúde (2004) conceitua o CAPS como um serviço comunitário e de portas abertas do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é o local de referência para pessoas que sofrem de transtornos mentais graves, severos e persistentes que justifiquem um atendimento mais intensivo, singular.

Foi idealizado para oferecer cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial visando a mudança do modelo hospitalocêntrico para uma modelo de acompanhamento clínico que incentive o exercício da cidadania e a inclusão social dos usuários e das suas famílias por meio do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. (Saúde, 2004)

Os tipos de CAPS instituídos pelo Ministério da Saúde (2004) tem como características:

CAPS I e CAPS II: são CAPS para atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes. CAPS III: para atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes. CAPS I: CAPS para infância e adolescência, para atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais com grave comprometimento psíquico que impossibilita o estabelecimentos de laços sociais. CAPSad: CAPS para usuários de álcool e drogas, para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação. (SAÚDE. p. 22- 23, 2004).

O CAPS que faz parte da rede de atenção em saúde mental de Santa Inês é do tipo II, atende a adultos diariamente de segunda a sexta com transtornos mentais severos e persistentes. Assim, o público prioritário são adultos e com algum tipo de doença mental grave. Outros usuários cuja demanda não se enquadram para esse tipo de serviço acabam não tendo um encaminhamento adequado.

Alguns autores chegam a conclusão de que a importância da Reforma Psiquiátrica foi a descoberta de novas maneiras de se cuidar em saúde mental. É o que nos mostra Tanaka e Ribeiro (2009) quando se refere que a reforma influenciou a implantação de Centro de Atenção Psicossocial para cuidados de pacientes com

transtornos mentais severos e persistentes. Apesar desse avanço, a assistência a transtornos mentais menos graves e prevalentes foi deixada em segundo plano.

O Ministério da Saúde recomenda que para se cobrir essa demanda deve haver uma articulação entre Atenção Básica e Saúde Mental. Tanaka & Ribeiro (2009) discorrem sobre a postura da Coordenação Geral da Saúde Mental em relação a essa defasagem: a partir de 2001, foi desenvolvido documentos sobre a articulação entre Saúde Mental e Atenção Básica. Contudo, esta demanda não é atendida a contento.

O que se observa na prática é que há uma dificuldade da Atenção Básica para lidar com essa tarefa. O próprio Ministério da Saúde (2004) reconhece que a tarefa de lidar com pessoas com transtornos mentais é muito complexa e que a Atenção Básica tem grandes dificuldades para compreender a saúde com suas dimensões subjetivas.

O que atrapalha o cumprimento dessa diretriz estaria na falta de recurso de pessoal e a falta de capacitação que acabam por prejudicar o desenvolvimento de uma ação integral pelas equipes. Ressalta ainda, que é preciso estimular a expansão da atuação da Atenção Básica.

A Atenção Básica é a porta de entrada para muitos serviços do SUS, inclusive os de atenção à saúde mental. Para se ter acesso ao CAPS, o Ministério da Saúde (2004) recomenda que deve-se procurar diretamente esse serviço ou ser encaminhado pelo Programa de Saúde da Família ou por qualquer serviço de saúde. Mesmo com esse direcionamento, muitos serviços de saúde não sabem como devem fazer os encaminhamentos, os apoios matriciais da rede.

Além de assistir os usuários com transtornos mentais severos, o CAPS também tem a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território. Dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde). Portanto ele é órgão regulador da porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área. (Saúde, 2004)

Ele tem a função de acompanhar, capacitar e apoiar as equipes de Saúde da Família, de caráter permanente, para atender essas demandas. Ele deve ofertar apoio matricial, ou seja, fornecer orientação e supervisão, atender conjuntamente situações mais complexas, realizar visitas domiciliares acompanhadas das equipes da atenção básica, atender casos complexos por solicitação da atenção básica. (Saúde, 2004)

Realizar apoio matricial significa ter responsabilidade compartilhada dos casos. O que é completamente diferente da lógica do encaminhamento ou da referência<sup>1</sup> e

contra-referência<sup>1</sup>. Esse apoio deve ser realizado com uma equipe de apoio matricial para no mínimo seis e no máximo nove equipes de PSF (Saúde, 2004)

Em algumas pesquisas demonstradas pelo Ministério da Saúde (2004) foi observado que no cotidiano das equipes de Atenção Básica elas se deparam com queixas de saúde mental. Cerca de 56% dessas equipes referiram realizar alguma ação de saúde mental.

Essas equipes são um recurso para o diagnóstico social e também um importante suporte no enfrentamento de agravos ligados ao vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas formas de sofrimento psíquico. O sofrimento subjetivo associado a qualquer doença constitui um obstáculo para o desenvolvimento de práticas saudáveis.

Portanto, o CAPS representa um dispositivo que articula uma rede de serviços em saúde que necessitam permanentemente de outras redes sociais, como a Assistência Social, Comunitária, Educação, para a inclusão daqueles que são excluídos da sociedade por conta de um transtorno mental. (Ministério da Saúde, 2004)

Surge assim um novo modo de entender a produção de saúde, como um processo que resulta de condicionantes e determinantes sociais, econômicos, ideológicos e cognitivos. Há uma ruptura dos limites do setor da saúde, incorporação da interdisciplinaridade como campo de conhecimento e a intersetorialidade como campo de atuação (Tanaka & Ribeiro, 2009).

“O relacionamento intersetorial articula saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando ao desenvolvimento e a inclusão social” (Arona. p.31, 2009).

Parcerias com outros setores são fundamentais quando se tem como público pessoas com transtornos mentais, já que estes necessitam de uma inclusão social e um projeto terapêutico voltado para sua inserção na comunidade. Durante muito tempo quem possuía transtorno mental era excluído, internado em manicômios, sem ter seus direitos garantidos. Após muitas lutas sociais os seus direitos foram garantidos por lei e executados por muitas políticas, inclusive de modo intersetorial.

Sobre o trabalho em rede, o Ministério da Saúde (2005) evidencia que:

---

<sup>1</sup> O Sistema de Referência e Contra-referência também deverá seguir a lógica da hierarquização dos serviços, a fim de adequar o acesso do usuário sistematicamente nos níveis de complexidade de atendimento, tendo o atendimento primário como a porta de entrada no Sistema e sucessivamente o secundário e terciário, quando necessário ao usuário. (DIAS.p. 9, 2012)



A idéia fundamental aqui é que somente uma organização em rede, e não apenas um serviço ou equipamento, é capaz de fazer face à complexidade das demandas de inclusão de pessoas secularmente estigmatizadas, em um país de acentuadas desigualdades sociais. É a articulação em rede de diversos equipamentos da cidade, e não apenas de equipamentos de saúde, que pode garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais. (p.26).

A rede intersetorial entre CAPS e outros setores das políticas sociais deve ocorrer segundo o que foi pactuado nas metas terapêuticas do Projeto Terapêutico Singular do usuário dos serviços do CAPS. O projeto é o grande norteador de quais políticas serão fundamentais para aquele usuário. Mas, para isso é preciso que se deixe claro aquilo que se deseja com essa atuação intersetorial. Ademais, deve-se acompanhar essa intersetorialidade por meio das avaliações que o CAPS deve fazer do PTS e os atores envolvidos.

O Projeto Terapêutico Singular pode ser compreendido como “uma estratégia de cuidado organizado por meio de ações articuladas desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar e definida a partir da singularidade do indivíduo, considerando suas necessidades e o contexto social em que está inserido”. (Boccardo, Zane, Rodrigues & Mângia. p. 87, 2011).

Tais articulações são orientadas pela noção de território. Que não só designa o espaço geográfico como também se refere às pessoas, instituições, redes e os cenários pelos quais perpassam a comunidade. Trabalhar com territórios é “trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns”. (SAÚDE. p. 26, 2005)

O conceito de território se afina com as políticas de assistência social que tem como base também essa articulação não só com outros setores, mas também com a comunidade no sentido de buscar a autonomia e fortalecimento dos vínculos sociais. Se por um lado os serviços ofertados no CRAS são distintos dos serviços de saúde, por outro lado são complementares.

Afinal, se enquadram na Seguridade Social garantidos pela Constituição Federal de 1988. No Título VIII da Ordem Social, capítulo 2 o artigo 194 diz que: “A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.” (p.88)

Desse modo, deve haver uma aproximação de caráter interdisciplinar e intersetorial na execução dessas políticas. Parafraseando Silva et al (2007), esse movimento de articulação tanto do campo da interdisciplinaridade quanto da

intersectorialidade não se restringem a disciplina, os setores se reúnem e reorganizam nas intervenções que vão para além das suas especificidades gerando um reordenamento que rompe com a fragmentação das políticas públicas abrangidas.

Na prática encontra-se um movimento de articulação deficitário. Um dos entraves desses encontros intersectoriais são as dificuldades dos setores compreenderem as funções dos outros setores, bem como a atuação dos profissionais de cada setor. Nem o usuário e nem, os profissionais sabem as funções de outros setores. Muitas vezes, este usuário não é direcionado para os serviços de que precisa por não haver articulação e conhecimento do território.

Na verdade, o trabalho em rede ou intersectorial faz parte de um leque de atividades bastante recentes quando relativos à Psicologia. (Macedo; Dimenstein. p. 295,2009). Não somente para a Psicologia, mas para as políticas sociais como um todo. A articulação entre Saúde e Assistência Social ainda é um desafio as políticas de proteção do Estado.

### **1.2.2 A Rede de Assistência Social no Brasil**

O artigo 1º da Lei Orgânica da Assistência Social (1993) define a assistência social como um direito do cidadão e dever do Estado. Configura como política da Seguridade Social não contributiva que visa o provimento dos mínimos sociais baseados em ações do Estado e da sociedade. Tais direitos foram sistematizados anos mais tarde, em 2005, com a implantação do Sistema Único da Assistência Social – SUAS e instituído pela Política Nacional de Assistência Social.

As ações desenvolvidas a partir do SUAS tem como foco a proteção a família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice e foram divididas em níveis de complexidade: proteção básica e proteção especial. A proteção social básica se define como conjunto de serviços, projetos e benefícios socioassistenciais que visam prevenir situações de vulnerabilidade e risco social por meio do desenvolvimento das potencialidades e fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. (LOAS. p.14, 1993).

Já a proteção social especial se configura como “conjunto de serviços, programas e projetos que tem por objetivos contribuir para a reconstrução de vínculos familiares e comunitários, defesa de direito e fortalecimento das potencialidades e aquisições e a proteção de familiares e indivíduos para o enfrentamento das situações de violação de direitos.” (LOAS. p. 15, 1993)

A proteção especial pode ser caracterizada como de média ou alta complexidade. Se nos houve rompimento de vínculos o Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS) auxilia na reconstrução dos vínculos e evita novas reincidências de violações de direitos e seus agravamentos. Caso haja rompimento de vínculo o indivíduo era retirado do convívio familiar e encaminhado às instituições de alta complexidade como: serviços de acolhimento institucional (lares abrigados, casas de passagem, casa acolhida, etc.)

Os CRAS e CREAS e demais equipamentos do sistema de garantia de direitos devem se articular para o cumprimento das defesas aos indivíduos e famílias a proteção social. Estes equipamentos tem na equipe assistencial profissionais de referência como psicólogos e assistentes sociais compondo a equipe mínima. Além destes, o Ministério de Desenvolvimento Social tem aberto oportunidade de trabalho para outros profissionais como advogado, pedagogo que tem áreas em comum para a realização das atividades propostas no SUAS. Seguindo assim, a proposta de integralidade das ações para indivíduos.

Ambas as proteções serão ofertadas por uma rede socioassistencial integrada composta por entes públicos e /ou entidades e organizações. “Para manter e fortalecer tais vínculos, o SUAS lança mão de uma rede socioassistencial que conta com ações no Ministério Público e com políticas como as de saúde, previdência social, habitação, entre outras.” (Yamamoto & Oliveira. p.19, 2010)

O foco de atuação da Proteção básica está nas situações de vulnerabilidade social e nas famílias inseridas no Cadastro Único do Governo Federal (CadÚnico), as beneficiárias do Bolsa Família e do Benefício de Prestação Continuada (BPC). A proteção básica é responsável por um número de família alto já que o objetivo das suas ações é evitar que as violações de direitos ocorram.

Para a realização dessas ações, o SUAS instituiu os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) como um equipamento estatal de referência local. Além disso, o CRAS é a porta de entrada para a execução do SUAS tornando-se um diagnosticador das situações sociais que ocorrem no seu território.

Segundo publicação do Ministério do Desenvolvimento Social (2015): “o CRAS é uma unidade pública da Política de Assistência Social responsável pela organização e oferta dos serviços socioassistenciais da Proteção Básica do Sistema único de Assistência Social (SUAS) nas áreas de vulnerabilidade e risco social dos municípios e DF.”

A atuação do CRAS refere ações na rede comunitária objetivando prover funções da família como proteção e socialização dos seus membros, constituindo-se de referências morais para vínculos afetivos e sociais. É também mediador das relações entre usuários com outras instituições e o Estado. (Silva & Corgozinho, 2011)

Assim sendo, as principais funções do CRAS são:

Ofertar o serviço PAIF e outros serviços, programas e projetos socioassistenciais de proteção social básica, para as famílias, seus membros e indivíduos em situação de vulnerabilidade social. Articular e fortalecer a rede de Proteção Social Básica. Prevenir as situações de risco em seu território de abrangência fortalecendo os vínculos familiares e comunitários e garantindo direito. (MDS, 2015)

Ele é responsável também, pela introdução das famílias que estão no seu território de atuação, assim como, pelos encaminhamentos para as demais políticas públicas possibilitando aumento das ações intersetoriais que buscam superação da exclusão social e a garantia dos direitos desses indivíduos. (Silva & Corgozinho, 2011)

Os serviços de referenciamento (referência<sup>2</sup> e contrareferência<sup>3</sup>) da Assistência Social devem ocorrer dentro da própria política, no nível de Proteção Social Básica e Especial e com outros setores, como o Ministério Público, da Saúde visando o fortalecimento dos vínculos. Contudo, esse direcionamento não é efetivado de fato.

Ainda que a política de assistência tenha sido amparada por todos os aparatos e marcos legais, na época não houve uma grande repercussão nas mídias nacionais sobre a implantação desses serviços para a sociedade civil. Os temas abordados na execução da política são discutidos a nível de gestão e dos técnicos envolvidos, os outros agentes sociais e setores ficam de fora desse debate. (Lopes, 2007)

No dia-a-dia percebe-se esse desconhecimento sobre a política de assistência social. Muito se fala sobre o Programa Bolsa Família e pouco sobre outras ações desenvolvidas na assistência. Esse trabalho demonstra essa carência de conhecimento tanto do papel dos setores quanto dos profissionais que trabalham na política.

---

<sup>2</sup> **Referência** - compreende o trânsito do nível menor para o de maior complexidade, ou o encaminhamento, feito pelo CRAS, a qualquer serviço socioassistencial ou para outra política setorial no seu território de abrangência.

<sup>3</sup>**Contrarreferência** – inversamente ao conceito de referência, compreende o trânsito do nível de maior para o de menor complexidade, como por exemplo, os encaminhamentos feitos do CREAS ou de outro serviço setorial ao CRAS. (MDS, 2015)

## **2 DESCRIÇÃO DE CASO INSTITUCIONAL**

O público dos atendimentos em sua maioria é de origem do acompanhamento daqueles que estão inseridos nos programas sociais que estão em situação de vulnerabilidade e risco social de qualquer faixa etária, encaminhamentos realizados pela justiça e saúde.

Segundo dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2010), Santa Inês possui 53,23% de pessoas vulneráveis à pobreza; 46,42 % de pessoas de 18 anos ou mais sem fundamental completo e em ocupação informal; 60% das crianças de 0a 5 anos estão fora da escola; 17,33% das pessoas entre 15 e 24 anos não estudam, não trabalham e são vulneráveis; 23,18% das famílias tem mães chefes de família sem fundamental e com filho menor; 15,05% das famílias com crianças até 14 anos tem renda per capita igual ou inferior a R\$70 mensais. Além disso, o município tem índice de mortalidade infantil de 22,70.

A partir desses dados, pode-se inferir que a cidade tem uma vulnerabilidade econômica significativa e que as ações para essa categoria devem ser fortalecidas por todas as políticas de proteção. Essa vulnerabilidade indica que há uma exposição a riscos e baixa capacidade material, simbólica e comportamental de famílias e pessoas para superar os desafios em que se encontram. (Janczura, 2012)

### **2.1 Caracterização do município**

O município de Santa Inês fazia parte da área da cidade de Pindaré-Mirim. Em 19 de dezembro de 1966, pela lei estadual nº 2723 o município foi elevado à categoria de município e distrito. Localiza-se a 250 Km de distância de São Luís, na região do Vale do Pindaré, estado de Maranhão. Sua área de unidade territorial corresponde a 773,84 km<sup>2</sup>.

Segundo dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2010), o município possuía em 2010 uma população total de 77.282 habitantes e densidade demográfica de 101,03 hab./km<sup>2</sup>. Desses, 30,26% são menores de 15 anos, 62,96% estão na faixa etária entre 15 e 64 anos, 6,78% tem 65 anos ou mais.

A taxa de urbanização corresponde a 94,71%. Em uma década, de 2000 a 2010, sua população cresceu 1,31% enquanto no Brasil a taxa foi de 1,17%. A agricultura, a pecuária e o comércio são as principais atividades econômicas da região.

Em termos da organização da assistência à saúde, o município já se encontra em Gestão Plena de Atenção Básica, na qual se organiza a estratégia do PSF. De acordo

com os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2015), a cidade pesquisada possui uma Secretária de Saúde composta por: 17 Postos de Saúde na sede e nos povoados, 6 Unidades Básicas de Saúde da Família, 1 Centro de Especialidade Odontológica (CEO), 1 Serviço de Assistência Especializada (SAE), 1 Unidade Móvel de Saúde Ginecológica, Centro Municipal de Reabilitação (CEMUR), Serviço de Pronto Atendimento (SPA), (CAPS II) Centro de Atenção Psicossocial Antonio Seba Salomão, 1 Núcleo Intermunicipal de Telessaúde Santa Inês, Centro de Saúde Sabbak, Centro Municipal de Saúde Dr. Djalma Marques, Hospital Municipal Thomaz Martins, Vigilância Sanitária.

No Maranhão existem 59 CAPS. Sendo 36 CAPS I, 13 CAPS II, 1 CAPS III, 3 CAPSi, 6 CAPSad. No Nordeste o total de CAPS são 597. (MINISTÉRIO DA SAÚDE. p. 6, 2011). Já em Santa Inês há um CAPS do tipo II.

O CAPS II como é definido pela Portaria GM/nº 336 como um serviço de atenção psicossocial para municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. E deve ter como funções:

Responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território; possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local; coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território; supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial; e - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial; funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.

O CAPS II tem como atividades: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas domiciliares; e - atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social. Os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária: os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

Segundo a portaria GM /nº 336, a equipe mínima será composta de 01 (um) médico psiquiatra; 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental; 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional

necessário ao projeto terapêutico. Além desses profissionais, deve ter 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

O município conta ainda com os serviços da Rede Socioassistencial que compõem a Secretária de Desenvolvimento Social: 1 Centro de Referência de Assistência Social; 1 Centro de Referência Especializado da Assistência Social; 3 Pólos do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, 1 localizado no CRAS outro no Bairro Santo Antonio e mais um localizado no Povoado do Calango. O CRAS foi implantado no dia 01 de janeiro de 2007. (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL, 2015)

Esta pesquisa teve como base as práticas cotidianas da Psicologia no CRAS de Santa Inês. Os dados obtidos foram selecionados a partir da minha inserção profissional que ocorreu em abril de 2014 e foi até abril de 2015. A coleta de dados foi baseada no instrumental de atendimento psicossocial utilizadas no CRAS. Foram levadas em consideração parâmetros como queixa principal, idade, sexo, diagnóstico.

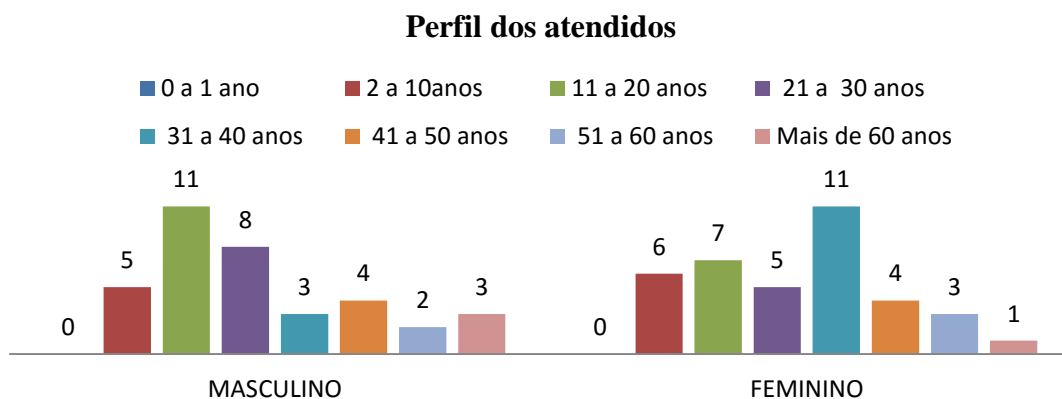
## **2.2 Resultados e discussão**

### **2.2.1. Perfil de Atendimento em Saúde Mental no CRAS de Santa Inês**

Considerando-se o total de atendimentos para o período analisado, observou-se que 74 usuários buscaram atendimento no CRAS do município, sendo 38 (51%) mulheres e 36 (49%) homens.

Em relação à faixa etária dos usuários, observou que na divisão por faixa etária o sexo masculino teve maior número de atendimentos para a faixa de 11 a 20 anos (11), enquanto que para o sexo feminino a faixa etária prioritária foi de 31 a 40 anos (11), conforme Gráfico 01.

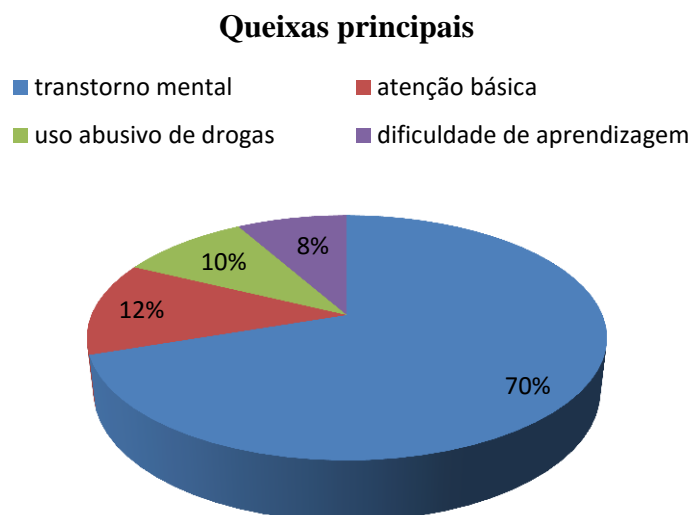
**Gráfico 01 – Perfil de Atendimentos no CRAS de Santa Inês, abril de 2014 a abril de 2015 (n=74)**



Fonte: autoria própria, com base nos dados disponibilizados pelo CRAS, 2015.

Das principais queixas observou-se que as principais referiam-se a transtornos mentais (51; 70%), demandas da atenção básica (12; 12%), uso abusivo de drogas (07; 10%) e dificuldades de aprendizagem (06; 08%), conforme Gráfico 02.

**Gráfico 02 – Principais Queixas de Atendimentos no CRAS de Santa Inês, abril de 2014 a abril de 2015 (n = 74)**



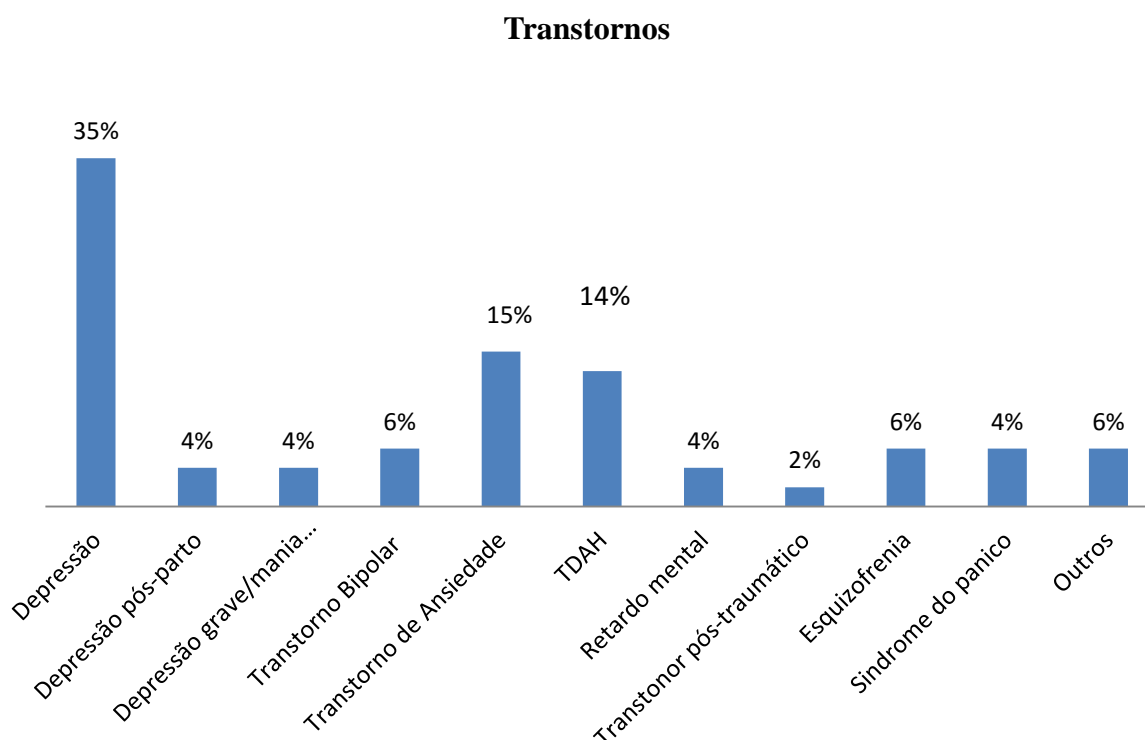
Fonte: autoria própria, com base nos dados disponibilizados pelo CRAS, 2015.

Dos atendimentos em transtornos mentais, (18,35)% tinham como queixa a depressão, seguidos pelos transtornos de ansiedade (08; 15%), depressão pós-parto (02;



04%), depressão grave/mania psicótica (02; 04%), síndrome do pânico (03; 04%), retardo mental (02; 04%), Transtorno Pós- Traumático (01; 2%), conforme Gráfico 03. Outros transtornos tiveram 6% (03) das queixas.

**Gráfico 03 – Principais Queixas de Transtornos Mentais no CRAS de Santa Inês, abril de 2014 a abril de 2015 (n = 74)**



Fonte: autoria própria, com base nos dados disponibilizados pelo CRAS, 2015.

Houveram queixas secundárias trazidas por pais como dificuldade na educação dos filhos, dificuldades no relacionamento familiar. Essas queixas foram produzidas pelas mães. Em sua maioria eram mulheres que buscavam atendimento, mostrando que as mulheres ainda tem papel forte como cuidadoras seja dos filhos, maridos e/ou pais.

Talvez por isso, pelo acúmulo de função, as mulheres tem adoecido mentalmente com doenças como Depressão, Transtornos de Ansiedade. Em alguns casos foi observado a violência doméstica e / ou a violência das cidades como fator de risco. As depressões em sua maioria ocorriam em mulheres nas faixas etárias: de 41 a 50 e de 31 a 40. Já os Transtornos de Ansiedade tiveram prevalência nas mulheres entre 31 a 40 anos (Gráfico 03).

Em sua pesquisa, Macedo & Dimenstein (2009) se referem como queixa principal da atuação de Psicólogos em relação aos usuários, o seu pouco envolvimento/participação social em relação a problemas de ordem pública, tais como: saneamento básico, infraestrutura de logradouros e de suas casas, inexistência de áreas de lazer. A maioria da população não se porta de maneira crítica para consolidação dos seus direitos e nem na reivindicação para implantação e implementação de equipamentos sociais.

Ademais, ressalta ainda que os usuários não tem sequer autonomia para direcionar suas vidas. Sempre recorrem aos técnicos para tratar de situações como educação dos filhos, manutenção da saúde de si próprios.

Nessa pesquisa, muitos atendidos demonstravam dificuldades relacionadas ao cuidado e educação dos filhos, a sua saúde e o funcionamento dos serviços que compõem as políticas sociais. Isso pode ser concluído a partir do próprio acesso desses usuários. Os atendimentos psicológicos ocorridos no CRAS eram demandas espontâneas para um atendimento clínico e de saúde ou o usuário era encaminhado pelos próprios serviços de Saúde.

O uso de drogas teve sua prevalência para homens na faixa etária de 21 a 30, seguido da faixa etária de 11 a 20 (Gráfico 03). As mulheres tiveram pouca representatividade nessa categoria. Assim como a Esquizofrenia que teve maioria absoluta no sexo masculino. Esta categoria representa 6% dos Transtornos Mentais atendidos.

As dificuldades de aprendizagem ocorrem especificamente em duas faixas etárias: de 2 a 10 tanto para o sexo feminino quanto para o masculino e de 11 a 20 mais específico para o sexo masculino. Assim como o TDAH que apresentaram valores iguais tanto para mulheres e homens nas faixas etárias: de 2 a 10 anos e de 11 a 20 anos.

Pesquisas de Lopes (2007) demonstram que os casos atendimentos no CRAS variam desde depressões leves ate estágios mais profundos e quadros de esquizofrenia corroborando com esta pesquisa.

Nas pesquisas de Figueiredo (2002) estudos demonstram que umas das queixas mais recorrentes são “problemas de aprendizagem e comportamento, no caso de crianças e adolescentes; dificuldades clínicas com adultos resistentes a determinado tratamento; problemas emocionais de todo tipo, sendo ansiedade e depressão os mais frequentemente diagnosticados”. (p.49)

Macedo & Dimenstein (2012) também corroboram com esta pesquisa e de outros autores quando traz como demandas atendidas por Psicólogos no CRAS e na UBS:

a) dificuldade de comportamento de crianças e adolescentes na escola ou em casa/comunidade; e b) questões relacionadas à saúde mental (depressão, ansiedade, pânico, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de personalidade, psicoses, drogadição) e à saúde em geral (gravidez na adolescência, comportamentos/hábitos pouco saudáveis que agravam o quadro da hipertensão, obesidade e outras doenças crônicas). (p.186-187).

Assim como queixas de saúde surgem conjuntamente questões relacionadas com a comunidade: falta de emprego, pobreza, violência, maus-tratos, criminalidade, consumo de álcool e outras drogas e tráfico de drogas. Janczura (2012) considera como fator risco para o desenvolvimento psicológico e social de modo saudável o baixo nível socioeconômico das famílias. Além do fator socioeconômico, situa outros fatores como a baixa escolaridade, famílias numerosas e ausência de um dos pais.

As pesquisas de Lopes (2007) mostram que as ações desenvolvidas no CRAS do município de Lins/SP, estão voltadas para famílias extremamente fragilizadas devido a situação de desemprego, analfabetismo, perda de vínculos afetivos e comunitários, ausência de moradia ou que vivem em moradias precárias, além de casos de violência intrafamiliar. O que também foi observado nesta pesquisa. A vivência de situações de vulnerabilidades tem fragilizados os indivíduos a todo tipo de risco sem o seu devido suporte para superação das adversidades.

Além disso, a autora ressalta que os casos atendidos no CRAS, quase 100% destes estão relacionados a saúde, seja por falta de higienização pessoal e habitacional, precarização da habitação, doenças ocasionais, alcoolismo e uso de outros tipos de substâncias psicoativas e, principalmente, casos de saúde mental. (p.189,2007)

No caso do CRAS de sua pesquisa esta relata que a política de Saúde Mental é ineficaz para o atendimento que se faz necessário. “O número de profissionais disponíveis não tem sido suficiente, ocasionando demora no primeiro atendimento e/ou longo prazo nos retornos”. (p.190). O aumento das demandas por atendimento em saúde mental no CRAS é um retrato de que os Serviços de Saúde precisam ser implementados e /ou implantados, bem como devem receber publicidade das suas ações.

O que ocorre é que em muitas cidades, principalmente as das regiões do Nordeste, o CRAS ainda é o principal meio de acesso da população pobre a algum serviço de proteção do Estado. (Oliveira; Dantas; Solon; Amorim, 2011). Sobre os

Encaminhamento e Acompanhamento dos casos na interface Assistência Social e Saúde, Lopes (2007) afirma que “há uma ineficácia e ineficiência nos serviços da rede pública de saúde para sanar tais demandas” (p.189). Isso aumenta as dificuldades para o trabalho articulado entre as Políticas Públicas já que não se tem claro os papéis dos profissionais envolvidos em cada uma.

Cardoso (2002) afirma que, em trabalho realizado em Centros de Saúde de Belo Horizonte (MG), uma das dificuldades encontradas foi a falta de esclarecimento da equipe de saúde e, em especial, dos médicos, acerca do papel do Psicólogo. (Soares, 2005)

O conceito que se é reportado a figura do psicólogo está voltado para práticas iguais a dos consultórios. Por isso o trabalho deste profissional é considerado individualizado e que não precisa envolver o trabalho em equipe.

A entrada do psicólogo nas equipes de saúde pública com a regulamentação do SUS, não significou a conscientização profissional junto às camadas mais pobres. O papel do psicólogo nunca esteve claro para a população em geral. (Yamamoto & Oliveira, 2010)

A inserção do Psicólogo nas políticas sociais não representou a mudança de atuação deste profissional e ruptura da visão dos outros profissionais em relação a sua atuação. A formação do Psicólogo ainda está ligada a uma formação clínica sem uma contextualização da realidade sociocultural a qual está inserido. A atuação da Psicologia nas políticas sociais tem como pano de fundo teorias e técnicas que muitas vezes representam um determinismo, tecnicismo de subjetividades.

O contrasenso da inserção do Psicólogo nas práticas sociais, que se enquadram a Assistência Social e a Saúde foi o compromisso da Psicologia com as camadas mais pobres e a imagem tradicional dos Psicólogos voltado para serviços clínicos particulares para a elite. (Senne, 2011) Os conceitos utilizados pela Psicologia muitas vezes tornam-se incompreensíveis para as camadas mais pobres e para outros profissionais.

Neste trabalho observou-se que muitas das demandas atendidas no CRAS eram provenientes de encaminhamentos da Saúde visando o atendimento psicológico de cunho psicoterápico. Criou-se uma concepção de que o campo da psicologia só intervém quando há sofrimento psíquico e quando há necessidade de ajustamento.

Por conta disso, os encaminhamentos, especialmente os direcionados pela saúde, são bastante utilizados, contudo, sem seus devidos encaminhamentos. O papel do Psicólogo no CRAS ainda é entendido por outras instituições e usuários como sendo o

modelo clínico tradicional. E isso também foi constatado nessa pesquisa. Muitos encaminhamentos eram provenientes de instituições de saúde, tais como UBS, CAPS que buscavam esse tipo de atendimento psicológico.

Yamamoto & Oliveira (2010) em suas pesquisas, observaram que os psicólogos da região Nordeste tem como principal atividade a psicoterapia seja individual ou em grupo com referenciais teóricos clínicos. A justificativa para tal fato provém de que não há na rede quem possa atender a essa demanda clínica e a formação acadêmica.

A atuação principal da Psicologia ainda está relacionada a área da Saúde, mais precisamente Saúde Mental. Durante a graduação acaba privilegiando-se conceitos voltados para as patologias mentais, pouco se trabalhando a saúde como um conceito amplo e que envolve muitas variáveis, inclusive relacionadas com políticas públicas.

O Conselho Federal de Psicologia (2008) recomenda que caso haja demanda para acompanhamento psicoterapêutico, o CRAS deve referenciar para algum ponto de atenção que compõe a rede. Mas na prática a recomendação do CFP não é seguida pela falha do funcionamento da rede de serviços.

O papel do Psicólogo na proteção social deve buscar a promoção do desenvolvimento da emancipação, liberdade, autonomia juntamente com o usuário e outros serviços de forma a corresponsabilizar todos. Destarte, a possibilidade de intervenção do psicólogo não se esgota com a proibição do exercício da clínica tradicional, o apoio psicológico pode facilitar o sujeito no desenvolvimento de capacidades para intervenção e transformação da sua realidade social. (CFP, 2008).

Ademais, observou-se que falta uma corresponsabilização de todos os serviços sobre o usuário. Este não deve ser considerado de apenas uma política e sim de todas. As demandas nunca são exclusivamente de uma política específica. Pensar o sujeito sob um aspecto é fragmentar o sujeito e reduzir a sua subjetividade a suas demandas.

Segundo OLIVEIRA et al (2011):

[...] a manutenção do modelo clínico individual de atendimento e as dificuldades estruturais e operacionais para a realização da intersetorialidade ou das ações em rede findam por torná-las mera transferência de responsabilidade entre instituições, sem garantia de atendimento ao usuário e seu acompanhamento. (p.143)

Tais desencontros não propiciam a articulação intersetorial com as instituições variadas, pois o acompanhamento se perde e as instituições ficam sem concretizar o referenciamento e contrareferenciamento proposto nas orientações tanto do Ministério de Desenvolvimento Social (MDS) e Ministério da Saúde (MS). Na prática, as questões estruturais e de recursos humanos entravam o funcionamento da Rede Intersetorial.

### 3 CONCLUSÃO

Percebeu-se que a rede de saúde mental do município de Santa Inês precisa de mais articulação, pois havia uma demanda reprimida que não seguia o fluxo do referenciamento e contrareferenciamento. Esse dado indica que na prática há uma dificuldade na articulação dos setores de modo a corresponsabilizar seus diversos atores, inclusive os usuários.

Os usuários buscavam por atendimentos em saúde mental no CRAS do município. Dentre as principais queixas, os transtornos mentais tiveram relevância seguida de demandas da atenção básica, uso abusivo de drogas e dificuldades de aprendizagem.

Em relação aos tipos de transtornos, prevaleceu a depressão e os transtornos de ansiedade na faixa etária de 31 a 40 anos do sexo feminino, o que foi ratificado em muitas outras pesquisas. Uso abusivo de drogas em sua maioria eram demandas mais recorrentes entre o sexo masculino. As dificuldades de aprendizagem apresentadas corresponderam a 08% dos atendidos que em sua maioria estão na faixa dos 2 a 10 anos e na dos 11 a 20 anos de ambos os sexos. Desse modo, cada faixa etária teve uma representatividade de acordo com as categorias de queixa.

As referências que abordaram o tema da articulação entre CRAS e Saúde eram provenientes de estudos realizados na região Nordeste. Uma região considerada mais vulnerável dentre as regiões do Brasil. O primeiro acesso da população mais pobre a um serviço de proteção do Estado ainda está vinculado as Políticas de Assistência Social.

As inquietações que podemos colocar é se a pobreza é somente questão da Assistência Social? O que a saúde tem a ver com isso? A realidade social só interessa a Assistência Social? O que a Saúde pode intervir nas questões de vulnerabilidades sociais e suas mazelas? Tais inquietações podem gerar novos estudos para tentar compreender essa realidade peculiar brasileira.

## REFERÊNCIAS

ANGHER, Anne Joyce.Org. Vade Mecum. *Constituição Federal de 1988*. Editora Rideel. Edição 5º, 2007.

ARAÚJO, Márcia Antonia Piedade. *Conhecendo a Psicologia no Maranhão*. Estudos E Pesquisas Em Psicologia, UERJ, RJ, ANO 5, N.1, 1º SEMESTRE DE 2005.p. 144- 157

ARCHANJO, Auryana Maria. SCHRAIBER, Lilia Blima. *A Atuação dos Psicólogos em Unidades Básicas de Saúde na Cidade de São Paulo*. Saúde Soc. São Paulo, v.21, n.2, p.351-363, 2012.

ARONA, Elizaete da Costa. *Implantação do Matriciamento nos Serviços de Saúde de Capivari*. Saúde e Sociedade, v.18, supl.1.p.26 - 36, 2009

BOCCARDO, Andréia Cristina S. ZANE, Fabiana Cristina. Rodrigues, Suréia, Mângia, Elisabete Ferreira. *O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental*. Revista Terapia Ocupacional. Universidade São Paulo. V. 22, n.1, p.85- 92, jan./abr.2011.

CONASEMS. *Reflexão aos Novos Gestores Municipais de Saúde*. 2013.

Conselho Federal de Psicologia (2015). *A Psicologia em números*. Recuperado de <http://www2.cfp.org.br/infografico/quantos-somos> acesso em: 08 de setembro de 2015.

CREPOP. *Referências Técnicas para atuação do/a Psicólogo/a no CRAS/SUAS*. Brasília, agosto de 2007.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. *Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001*. Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil, 2011. Versão revista de conferência pronunciada na Escola de Magistratura do Rio de Janeiro no dia 19 de maio de 2011.

DIAS, Valdecir Ávila. *Referência e Contra-referência: Um importante Sistema para complementaridade da Integralidade da Assistência*. Trabalho de Conclusão de Curso. (Especialista em Saúde Pública). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2012. 38 p.

FELÍCIO, Jônia Lacerda. *Bioética de Proteção: vulnerabilidade e autonomia dos pacientes com transtornos mentais*. Revista Bioética 2009, 17(2). P.203- 220.

JANCZURA, Rosane. *Risco ou vulnerabilidade social?* Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 11, n. 2, p. 301 - 308 ago./dez. 2012.

*Lei Orgânica de Assistência Social*. Lei nº 8.742, 7 de dezembro de 1993.

LIMA, Elizabeth Maria Freire de Araújo; YASUI, Silvio. *Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial*. Revista Saúde Debate | Rio de Janeiro, V. 38, N. 102, P. 593-606. Jul - set 2014.

LOPES, Edilene. *O Papel do CRAS na Efetivação da Seguridade Social Enquanto Sistema de Proteção Social*. Serviço Social & Realidade, Franca, 16(2): 183-194, 2007.

MACEDO, João Paulo. Dimenstein, Magda. (2012). *O trabalho dos psicólogos nas políticas sociais no Brasil*. Avances en Psicología Latinoamericana, 30 (1), 182-192.

MACEDO, João Paulo. DIMENSTEIN, Magda. (2011 a). *Expansão e Interiorização da Psicologia: Reorganização dos Saberes e Poderes na Atualidade*. Revista PSICOLOGIA: CIÊNCIA E PROFISSÃO, 31 (2), 296-313.

MACEDO, Joao Paulo et al. (2011 b). *O Psicólogo Brasileiro no SUAS: Quantos Somos e Onde Estamos?* Psicologia em Estudo, Maringá, v. 16, n. 3, p. 479-489, jul./set.

MACEDO, João Paulo. DIMENSTEIN, Magda. (2009). *Psicologia e a Produção do Cuidado no Campo do Bem-Estar Social*. Psicologia & Sociedade; 21 (3): 293-300.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL (MDS). *Política Nacional de Assistência Social PNAS/ 2004* Brasília, Novembro 2005.

MINISTÉRIO DESENVOLVIMENTO SOCIAL. *CRAS – Institucional*. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/falemds/perguntas-frequentes/assistencia-social/psb-protecao-especial-basica/cras-centro-de-referencias-de-assistencia-social/cras-institucional>.  
Data: 14 de setembro de 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretária Nacional de Programas Especiais de Saúde. *I Conferência Nacional de Saúde Mental. Relatório Final, 1987*. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm\\_relato\\_final.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relato_final.pdf)

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde Mental em Dados 8*. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas Ano VI, nº 8, janeiro de 2011.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD), 2010. Disponível em: [http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_m/santa-ines\\_ma](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/santa-ines_ma)



PORTARIA/GM Nº 336 - De 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: <http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria336.pdf>

OLIVEIRA, Isabel Fernandes de. DANTAS, Candida Maria Bezerra. SOLON, Avrairan Fabrícia Alves Caetano. AMORIM, Keyla Mafalda de Oliveira. *A Prática Psicológica na Proteção Social Básica do Suas*. Universidade Potiguar, Natal, Brasil. *Psicologia & Sociedade*; 23(n. spe.), 140-149, 2011.

OLIVEIRA, Verusca Couto. *Vida de Mulher: Gênero, Pobreza, Saúde Mental e Resiliência*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Psicologia Clínica e Cultura. Universidade de Brasília, 2007.

SCLIAR, Moacyr. *História do Conceito de Saúde*. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17 (1):29-41, 2007.

SENNE, Mnemosine Wilson Alves. *Psicologia e saúde: formação e profissão*. Departamento de Psicologia Social e Institucional/ UERJ. Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia. Vol.7, nº2, p. 89-103 (2011) – Artigos.

SILVA, Fernanda Cesa Ferreira da et al. *A Formação enquanto Estratégia de Mudança na Saúde Mental Coletiva*. *Revista Boletim da Saúde*. Porto Alegre V. 21. nº1 . Jan./Jun. 2007

SILVA, J. V. & CORGOZINHO, J. P. *Atuação do Psicólogo, SUAS/CRAS e Psicologia Social Comunitária: Possíveis Articulações*. *Psicologia & Sociedade*; 23(n. spe.), 12-21, 2011.

SOARES, Teresa Cristina. *A Vida é Mais Forte do que as Teorias. O Psicólogo nos Serviços de Atenção Primária à Saúde*. Universidade Federal de Juiz de Fora. *Psicologia Ciência e Profissão*, 2005, 25 (4), 590-601.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi. RIBEIRO, Edith Lauridsen. *Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2):477-486, 2009.

YAMAMOTO, Oswaldo Hajime. OLIVEIRA, Isabel Fernandes de. *Política Social e Psicologia: Uma Trajetória de 25 Anos*. Universidade Federal do Rio Grande do Norte *Psicologia: Teoria e Pesquisa* Vol. 26 n. especial, pp. 9-24, 2010.

## ANEXOS

### Normas de Publicação Revista Brasileira de Psicologia

A Revista Brasileira de Psicologia é uma publicação semestral do Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia (PPGPSI) e tem o objetivo de publicar artigos inéditos relativos à **Psicologia e áreas afins**. A Revista aceita manuscritos em português, inglês e espanhol que se enquadram nas seguintes categorias:

- **Relato de pesquisa:** estudo baseado em dados empíricos, experimentais ou conceituais, com limite máximo de 25 páginas, incluindo tabelas, figuras e referências.
- **Artigo teórico:** artigos teórico ou de revisão crítica da literatura sobre temas relacionados à psicologia do desenvolvimento, psicologia organizacional e do trabalho, psicologia social e áreas afins que contribua para a realização de futuros estudos. Limitado a 25 páginas, incluindo tabelas, figuras e referências.
- **Resenha:** resenha crítica de livro relacionado à Psicologia ou áreas afins publicado nos últimos dois anos, com no máximo quatro páginas.
- **Dossiê:** A seção é organizada por um editor convidado de uma área de expressão dentro da Psicologia e recebe textos direcionados ao tema da edição também submetidos via *website*. O que a difere da seção generalista é a especificidade temática e, em alguns casos, a forma de submissão de artigos – espontânea ou convite. Limitado a 25 páginas.
- **Opiniões:** Profissionais reconhecidos na área da Psicologia serão convidados pela comissão editorial para apresentar sua opinião a respeito de tema relevante para a Psicologia e áreas afins. Limitada a cinco páginas.

Os estudos submetidos à apreciação da Revista devem se tratar de contribuições que nunca foram publicadas ou que não estão sob avaliação de outro periódico. Todos devem ser submetidos somente via internet, diretamente no *website* da Revista (<http://www.revpsi.org>).

Inicialmente, os manuscritos serão avaliados pela Comissão Editorial, observando-se as normas para publicação da Revista. Para a submissão, é necessário que o autor esteja devidamente cadastrado como autor, no site da Revista. Para os estudos com mais de uma autoria, os nomes de todos os autores devem ser informados em “*Inclusão de metadados*”. Caso estejam de acordo com as normas, os estudos que forem passíveis de publicação serão encaminhados para avaliação pelos pares (*double blind review*).

**Atenção:** é dever do autor(es) se certificarem que **não há nenhuma possibilidade de serem identificados**. Para tanto, devem checar se não há menção a trabalhos anteriores dos autores; detalhes do método que possibilitem a identificação e/ou localização da origem. Além disso, devem ser retiradas informações dos campos das propriedades dos documentos (em “Arquivo” → “Propriedades”, para versões anteriores ao *Microsoft Office 2007*, “Arquivo” → “Preparar” → “Propriedades”, para *Microsoft Office 2007* e “Arquivo” → “Informações” → clicar com o direito sobre “autor” → “Remover pessoa”, para *Microsoft Office 2010*).

No formulário de submissão, o primeiro autor deverá autorizar a Revista Brasileira de Psicologia a reformular a linguagem do artigo, caso necessário, e ainda declarar que o estudo não foi publicado em nenhum meio de informação e nem se encontra sob a avaliação de nenhum outro periódico. Além disso, após a aprovação da publicação do manuscrito na Revista Brasileira de Psicologia, deve ser enviada ao editor da revista uma carta com as mesmas informações, devidamente assinada por todos os autores.

### **Orientações gerais para apresentação dos manuscritos**

Os manuscritos submetidos à Revista Brasileira de Psicologia deverão estar em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF e seguir as normas da 6ª edição do *Publication Manual da American Psychological Association* (APA), de 2010. Como alternativa à consulta ao original desse manual, sugerimos o site da APA que disponibiliza alguns recursos para organização inicial do manuscrito (<http://www.apastyle.org/elecref.html>). Todo arquivo encaminhado deve ser composto pela folha de rosto, pelo corpo do texto organizado em seções e com os respectivos subtítulos e pelas referências. As notas devem aparecer no rodapé da página correspondente. Tabelas, figuras e apêndices devem ser anexados em “*Transferências de documentos suplementares*”, na submissão. Os títulos das seções do texto devem estar centralizados, em negrito e ter a primeira letra maiúscula. Os títulos das subseções devem estar alinhados à esquerda, em negrito e a primeira letra deve ser maiúscula.

A folha de rosto não deve ser identificada e conter:

- Título e sugestão de título abreviado em português. O título deve ter no máximo 12 palavras e o título abreviado deve ter no máximo quatro palavras;
- Resumo, em português, com mínimo de 100 palavras e máximo de 150 palavras, para relato de pesquisa e artigo de revisão;
- Três a cinco palavras-chave, em português, separadas entre si por vírgulas e com todas as letras minúsculas. Não incluir frases;
- Título, em inglês, com no máximo 12 palavras;
- Resumo em inglês com mínimo de 100 palavras e máximo de 150 palavras, para relato de pesquisa e artigo de revisão;
- Três a cinco *keywords*, separadas entre si por vírgulas e com todas as letras minúsculas. Não incluir frases.

### **Formatação**

- O manuscrito, em toda a sua extensão, deve ser escrito em fonte Arial;
- Fonte em tamanho 12 no corpo do texto;
- Fonte em tamanho 12 nas tabelas e nas figuras com texto editável;
- As margens do documento devem ter 2,5cm em todos os lados;
- Alinhamento à esquerda, com recuo da primeira linha de parágrafo de 1,25cm e espaçamento entre linhas duplo;

- A numeração das páginas deve ser feita desde a folha de rosto, no canto superior direito da página;
- As tabelas e figuras devem ser cadastradas como arquivos separados que serão anexadas em “documentos suplementares”, na submissão. Cada tabela e cada figura deve ser identificada com número e título. No corpo do texto, os autores devem indicar a localização aproximada da **tabela** ou **figura**. A formatação da tabela e da figura deve seguir os seguintes padrões: tamanho máximo: 17,5 x 23,5 cm; espaçamento entre linhas: simples. Atenção: as tabelas devem ser enviadas em arquivo de texto. Já as figuras e gráficos devem estar em preto e branco e ser enviados em formato de imagem (JPEG ou JPG) com resolução de no mínimo de 150dpi.

### Citações

Abaixo são apresentados alguns exemplos de citações que devem orientar a organização do manuscrito. As remissões bibliográficas devem apresentadas em ordem alfabética. Para mais informações, a 6ª edição do *Publication Manual da American Psychological Association* (APA) deve ser consultada.

1. Citação com até dois autores: sobrenome dos autores, seguido do ano de publicação, sempre que o trabalho for mencionado. Exemplos: Grusec e Davidov (2010) ou (Grusec & Davidov, 2010).

2. Citação com três a cinco autores: na primeira vez que o trabalho é citado, devem ser apresentados o sobrenome de cada autor, seguido do ano de publicação. Na segunda citação, deve constar apenas o sobrenome do primeiro autor, seguindo da expressão “et al.” (sem itálico) do ano de publicação. Exemplos: Costello, Egger e Angold (2005) ou (Costello, Egger, & Angold, 2005) para a primeira citação e Costello et al. (2005) ou (Costello et al., 2005) a partir da segunda citação. Na lista de referências, todos os autores devem ser apresentados.

3. Citação com seis ou mais autores: apenas o sobrenome do primeiro autor, seguido da expressão “et al.” e do ano de publicação devem ser mencionados desde a primeira vez que o trabalho é citado. Exemplos: Bromet et al. (2011) ou (Bromet et al., 2011).

Observação: na lista de referências, quando a citação tem oito ou mais autores, devem ser apresentados os nomes dos seis primeiros autores, seguidos de reticências e do nome do último autor.

Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., Girolamo, G., ...Kessler, R. C. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*, 9(90), 1-16. doi:10.1186/1741-7015-9-90

4. Citação literal: nos casos de citações literais com até 40 palavras, o trecho deve ser incorporado ao texto, entre aspas. Deve ser acrescentada à citação a paginação correspondente ao texto original. Acima de 40 palavras, o trecho deve formar um novo parágrafo, com recuo de 1,25cm da margem esquerda do parágrafo. Não são necessárias

aspas, nem uso do itálico. Da mesma forma, após a citação, deve-se acrescentar a paginação correspondente.

5. Relatos literais de entrevistas, grupos focais, depoimentos, registros de diário: o trecho deve formar um novo parágrafo, independentemente da quantidade de palavras, com recuo de 1,25cm da margem esquerda em todo o parágrafo, escrito em itálico.

## Referências

1. As **referências bibliográficas** deverão ser apresentadas, ao final do texto, em ordem alfabética pelo sobrenome do primeiro autor e cronologicamente para as obras do mesmo autor, de acordo com a 6ª edição do *Publication Manual* da *American Psychological Association* (APA), de 2010.

Os exemplos abaixo representam as referências de alguns tipos mais comuns de obras consultadas. Em casos omissos, recorrer ao Manual da APA, e/ou às informações disponíveis no site da APA: <http://www.apastyle.org/electref.html>

### 1.1. Livros e obras completos:

Bonfim, M. C., & Gondim, S. M. G. (2010). *O trabalho emocional: demandas afetivas no exercício profissional*. Salvador, BA: EDUFBA.

Sabadini, A. A. Z. P., Sampaio, M. I., & Koller, S. H. (2009). (Orgs.). *Publicar em Psicologia: um enfoque para a revista científica*. Recuperado de <http://publicarempsicologia.blogspot.com/>

### 1.2. Capítulos de coletâneas:

Beraldi, D. M., & Silves, E. F. M (2003). Treino de habilidades sociais em grupos com crianças agressivas, associado à orientação dos pais: análise empírica de uma proposta de atendimento. In A. Del Prette, & Z. A. P. Del Prette (Orgs.), *Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem: questões conceituais, avaliação e intervenção*. (pp. 235-258). Campinas, SP: Alínea.

### 1.3. Artigos em periódicos científicos:

Loiola, E., Pereira, M. E., & Gondim, S. (2011). Aprendizagem e mecanismos de aprendizagem de trabalhadores em empresas da fruticultura irrigada do Baixo Médio São Francisco. *Gestão & Produção*, 18(1), 91-104. doi: 10.1590/S0104-530X2011000100007

Piccinini, C. A., Frizzo, G. B., Alvarenga, P., Lopes, R. S., & Tudge, J. (2007). Práticas educativas de pais e mães de crianças aos 18 meses de idade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23(4), 369-377. 10.1590/S0102-37722007000400002

Tourinho, E. Z., & Bastos, A. V. B. (2010). Desafios da pós-graduação em Psicologia no Brasil. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(Supl. 1), 35-46. doi: 10.1590/S0102-79722010000400005

### 1.4. Teses e dissertações:

Lopez, F. N. (2011). Do interior do Estado ao interior da UFBA: uma experiência de tempo-espaço no processo de afiliação estudantil (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Bahia, Salvador). Recuperado de [http://www.pospsi.ufba.br/fabio\\_nieto.pdf](http://www.pospsi.ufba.br/fabio_nieto.pdf)

Ulian, A. L. A. O. (2007). Uma sistematização da prática do terapeuta analítico-comportamental: subsídios para a formação (Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo). Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-06052008-162313/pt-br.php>

Observação: informar *link* da internet, no caso de dissertações e teses acessadas em banco de dados digitais.

#### 1.5. Trabalhos não-publicados ou no prelo:

Ghibaudi, J. W. *Territórios em construção: bairro, classe e ação coletiva na periferia de Buenos Aires na década de 2000*. Manuscrito submetido para publicação.

Pereira, M. E. & Álvaro, J.L (no prelo). The expression of stereotypes of criminals and human rights defenders: A comparative study. *Anales de Psicología*.

#### 1.6. Trabalhos apresentados em eventos científicos:

Mattos, E., Chaves, A. M., & Sampaio, S. (2009). *Trabalho e escola: é possível conciliar? A perspectiva de jovens aprendizes baianos*. VI Congresso Norte Nordeste de Psicologia, Belém. Recuperado de <http://www.conpsi6.ufba.br/>

Spink, M. J. (2010). *Imagens como dispositivo de análise em psicologia social*. III Congresso Brasileiro Psicologia: Ciência & Profissão, São Paulo. Recuperado de <http://www.cienciaeprofissao.com.br/III/anais/detalhe.cfm?idTrabalho=10625>

#### 1.7. Obra antiga e re-editada em data muito posterior e traduções:

Skinner, B.F. (2007). *Ciência e comportamento humano* (11<sup>a</sup> ed., J. C. Todorov, & R. Azzi) São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1953).

Observação: no corpo do texto, a notação deve ser a seguinte: Skinner (1953/2003).

#### 1.8. Autoria institucional:

American Psychological Association. (2010). *Publication manual* (6<sup>th</sup> ed.). Washington: Autor.

#### 1.9. Documentos jurídicos:

*Constituição da República Federativa do Brasil*. (1988, 5 de outubro). Recuperado de <http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>

*Decreto nº 53.464*. (1964, 21 de janeiro). Regulamenta a Lei nº 4.119, de agosto de 1962, que dispõe sobre a Profissão de Psicólogo. Brasília, DF: Presidência da República.

Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962. (1962, 05 de setembro). Dispõe sobre os cursos de formação em Psicologia e regulamenta a profissão de Psicólogo. *Diário Oficial da União, seção 1*.

#### 1.10. Comunicações pessoais:

Cartas, conversas (telefônicas ou pessoais) e mensagens de correio eletrônico **não** devem ser incluídas na seção de Referências, mas apenas no texto, na forma *iniciais e sobrenome do emissor e data* (S. L. Mello, comunicação pessoal, 15 de setembro de 1995).

#### 1.11. Citações secundárias:

Ao citar obras insubstituíveis para o texto, mas que sejam raras ou de acesso restrito, pode-se citar um texto contido em outra publicação consultada, sem que o original tenha sido consultado. Neste caso, deve-se citar nas Referências apenas a obra consultada e no corpo do texto, indicar autores dos dois textos, conforme o exemplo: “Achenbach (1966, citado por Achenbach, McConaughy, & Howel, 1987)”.

#### 1.12. Material obtido da internet:

Associação de Moradores de Vila Real. (2002). *Carta aberta à Prefeitura Municipal*. Recuperado de <http://www.amvr.atas/cartaaberta.html>

*Precisamos vencer a dengue agora* (s/d). Recuperado de <http://www.ansp.campanhas/saude/docs/>

2. As **notas de rodapé** devem se restringir à complementação de informações que, julgadas relevantes, não caibam na sequência lógica do texto. **Não** devem ser utilizadas notas bibliográficas.

3. Todo material adicional considerado indispensável para a avaliação dos pareceristas (questionários, protocolos de entrevista, testes, etc.) ou tabelas muito longas devem ser apresentados em **Apêndice**, em nova página, identificados por letras maiúsculas (Apêndice A, Apêndice B, etc.). A numeração de cada tabela apresen-

ada no apêndice deve ser precedida pela letra identificadora do apêndice (Tabela A1, Tabela C4, etc.). Para detalhes, consultar a 6ª edição do *Publication Manual da American Psychological Association* (APA).