

ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO DAS FAMÍLIAS ATENDIDAS PELO CAPS AD DO MUNICÍPIO DE PALHOÇA/SC

*Amanda dal Piva Soares¹

**Ivana Marcomim²

Resumo: O presente artigo busca compreender o serviço social junto às demandas familiares dos dependentes químicos, partindo da experiência de estágio curricular em serviço social realizada junto CAPS AD do município de Palhoça/SC. Estrutura-se, quanto aos objetivos, a partir de um método de pesquisa exploratória, bibliográfica e documental, dispondo de uma abordagem quanti-qualitativa. Reflete sobre a representação da dependência química, as políticas de direitos a serem consolidados a este segmento, com ênfase ao processo de atenção familiar e suas demandas, retrata o CAPS AD no processo de tratamento do dependente químico e apresenta a criação de um e-book elaborado juntamente ao PET-Saúde do município de Palhoça/SC. Neste processo de tratamento do dependente químico, o serviço social se insere como agente mediador capaz de reconhecer as dinâmicas e demandas familiares a consolidar diferentes estratégias para que o processo de (re)integração familiar seja motivado considerando suas diferentes necessidades para tanto.

Palavras-chaves: dependência química, direitos, serviço social, família.

Abstract: This article seeks to understand social work with the family demands of drug addicts, based on the experience of a curricular internship in social work carried out with CAPS AD in the city of Palhoça/SC. It is structured, in terms of objectives, from an exploratory, bibliographic and documentary research method, with a quantitative and qualitative approach. Reflects on the representation of chemical dependency, the rights policies to be consolidated in this segment, with emphasis on the family care process and its demands, portrays the CAPS AD in the process of treating the addict and presents the creation of an e-book prepared together with PET-Saúde in the municipality of Palhoça/SC. In this process of treatment for drug addicts, social work is inserted as a mediating agent capable of recognizing family dynamics and demands to consolidate different strategies so that the family (re) integration process is motivated considering their different needs for that.

Keywords: drug addiction, rights, social service, family.

1. INTRODUÇÃO

Atualmente, segundo a Organização Mundial da Saúde (2001) o uso e a dependência em substâncias psicoativas são considerados um fenômeno histórico e complexo, visto que permeia crescentemente em qualquer meio societário, sem distinções de classe social, etnia ou gênero. Desta forma, os efeitos do uso abusivo de substâncias psicoativas tendem a afetar diretamente a saúde física e mental, as relações interpessoais no âmbito familiar, social e trabalhista.

Ainda de acordo com a Organização Mundial da Saúde (2001) a dependência química envolve a compulsão em utilizar as substâncias de modo persistente, tolerância a substância, falta de controle sobre a quantidade e o uso, perda de interesse em outros afazeres e prazeres, mesmo com a evidência de prejuízo próprio e aos outros. Neste sentido, foi definido pela

¹ Acadêmica do Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL.

² Professora orientadora do Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL.

Organização Mundial da Saúde, a Classificação Internacional de Doenças que consiste em classificar o uso nocivo de substâncias, como a CID-10 F190 que trata dos transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas.

O III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira foi sistematizado no ano de 2017 pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) com o objetivo de avaliar o uso de drogas em todo território nacional, foram entrevistadas cerca de 17 mil pessoas com idades entre 12 e 65 anos. Em relação aos resultados, foi estimado que aproximadamente 3,2% dos brasileiros usaram substâncias ilícitas nos 12 meses anteriores à pesquisa, correspondendo 4,9 milhões de pessoas (BASTOS et al, 2017).

Segundo o Relatório Mundial sobre Drogas do ano de 2019, divulgado pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime em torno de 35 milhões de pessoas no mundo sofrem de transtornos acerca do uso recorrente de drogas e necessitam de tratamento (UNODC, 2019).

Muito embora exista a Política Nacional de Drogas, intermediado pelo Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), prevista pela Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, e no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas (CAPS AD), regulamento pela Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 e pela Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, requer atuação em rede, pois se considera a pessoa em sua totalidade, tornando a intersetorialidade e a participação familiar necessárias para a devida efetivação do atendimento e do tratamento, visando a inserção social para o trabalho, educação e para uma vida sem discriminação, este ainda é um desafio na maior parte das realidades que lidam com este segmento.

O estágio curricular em Serviço Social realizado junto ao Centro de Atenção Psicossocial AD do município de Palhoça/SC, durante o período de agosto de 2019 a novembro de 2020, permitiu refletir acerca das inúmeras demandas e da efetividade das políticas de direitos, seus conceitos e perspectivas.

Neste contexto, o Serviço Social se insere podendo ser agente estratégico do processo de consolidação desta política de direitos. Desta experiência nasce o presente artigo que busca compreender como é realizada a atuação profissional do Serviço Social no contexto das famílias atendidas pelo CAPS AD do Município de Palhoça/SC?

Acredita-se que tais compreensões contribuirão para a qualificação do trabalho aos profissionais do Serviço Social que trabalham com o público-alvo, bem como retribuir aos usuários dos serviços, para a comunidade e sociedade como um todo.

2. REFLEXÕES TEÓRICAS

2.1 Políticas de direitos do dependente químico

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2001) droga se refere a qualquer substância que, introduzida no organismo, é capaz de provocar alterações físicas ou psíquicas. É classificado como psicoativo e dividido entre dois termos: ilícito e lícito. Drogas ilícitas como a maconha, a cocaína e o crack são substâncias proibidas de serem produzidas, comercializadas e consumidas. Apesar de drogas lícitas como álcool, cafeína e medicamentos também causarem danos e dependência, são substâncias liberadas por lei, podem ser consumidas livremente e são mais aceitas socialmente. Todavia, há um grande processo para consolidação dos direitos já assegurados em lei.

Em 05 de outubro de 1988 foi promulgado a nova Constituição Brasileira, conhecida como “Constituição Cidadã”, onde se estabeleceu a institucionalização de direitos fundamentais individuais e sociais assegurados no art. 6 como “a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados” (BRASIL, 1988), consolidando em seu artigo 1º, o país como Estado democrático de direito, dispondo dos fundamentos:

- I - a soberania;
- II - a cidadania;
- III - a dignidade da pessoa humana;
- IV - os valores sociais do trabalho e da livre-iniciativa;
- V - o pluralismo político (Brasil, 1988).

Uma das grandes conquistas da Constituição Cidadã foi o sistema de Seguridade Social que, segundo o art. 194 da Constituição Federal de 1988, 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”, onde seus objetivos são:

- I - universalidade da cobertura e do atendimento;
- II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;
- V - equidade na forma de participação no custeio;
- VI - diversidade da base de financiamento;

VII - caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados (Brasil, 1988).

De acordo com Altafin (2008) a saúde deixa de ser promovida como benefício da Previdência Social, passando a ser direito de cada cidadão e dever do Estado, mesmo não realizando a contribuição previdenciária.

Com o orçamento da Seguridade Social, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi financiado devidamente através de recursos da União, Estados e Municípios, sendo instituído pela Constituição Federal de 1988 e consolidado pelas Leis 8.080, de 19 de setembro de 1990 e 8.142, de 28 de dezembro de 1990, surge como um direito universal a população sendo um sistema único, integral, descentralizado, público e participativo de assistência à saúde, tendo funções de regulação, fiscalização, controle e execução. Apresenta o objetivo de, segundo art. 5 da Lei 8.080, como pontuado por Carvalho (2013, p. 11):

Identificar e divulgar os condicionantes e determinantes da saúde; formular a política de saúde para promover os campos econômico e social, para diminuir o risco de agravos à saúde; fazer ações de saúde de promoção, proteção e recuperação integrando ações assistenciais e preventivas.

Os princípios afirmados no art. 7 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, foram baseados de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal que visam a integração de uma rede regionalizada e hierarquizada do sistema de saúde através da descentralização; atendimento integral e participação da comunidade. Sendo assim, os princípios que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;
- e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.
- XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. (BRASIL, 1988).

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamenta a Lei nº 8.080/90, apresentando a organização e o funcionamento do SUS, planejamento e assistência à saúde, questão de medicamentos e relação das comissões de gestores.

A partir de parâmetros estipulados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o Sistema Único de Saúde (SUS) foi estruturado por três níveis de atenção: básica, média e alta complexidade. A atenção básica consiste no “alcance de certo grau de resolução de problemas, que possa, além de prevenir, evitar a evolução de agravos, com vistas à redução de situações mórbidas que demandem ações de maior complexidade” (GONDIM et al, 2009, p. 99), sendo conhecida por ser a “porta de entrada” aos serviços de saúde público, seu território é localizado de forma estratégica próximo a população, sendo composto pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Programa de Saúde Bucal, estratégia de Saúde da Família, unidades básicas de saúde e ambulatórios hospitalares, Vigilância em Saúde e Farmácia básica. A atenção de média complexidade é composta por serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar e execução de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, sendo constituído pela Assistência Multidisciplinar de Média Complexidade em Saúde Mental (AMENT), serviços de urgência e emergência e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), onde é realizado o trabalho de tratamento do dependente químico no CAPS AD. A alta complexidade é composta por hospitais gerais e hospitais psiquiátricos realizando “procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-o aos demais níveis de atenção” (BRASIL, 2003). Neste contexto a atenção especializada aos dependentes e suas famílias deve considerar sua condição biopsicossocial e a intersetorialidade necessária para subsidiar o processo de inserção social.

Ainda é essencial que se compreenda que não é possível adotar um conceito de família no contexto contemporâneo, uma vez que esta se constitui dos laços afetivos e de corresponsabilização que se formam entre os sujeitos que escolhem manter um processo de vida cotidiana em unidade. Seja ela desprovida de características o que as distingue é o afeto e suas vinculações de cuidado, amparo, que tenham uma responsabilidade efetiva como guarda ou tutela, a afetividade, troca de vivências que pode adquirir diferentes configurações para as

quais, sua “suposta configuração” não é questão conceitual, mas de compreensão da natureza das relações e dos aspectos que as une.

2.2 O CAPS AD NO PROCESSO DE TRATAMENTO DO DEPENDENTE QUIMICO

Em razão das diretrizes do SUS ser a integração dos atendimentos em saúde visando a regionalização e descentralização dos serviços bem como a necessidade de estipular a disposição e organização da Rede de Atenção à Saúde, foi decretado a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, do qual “estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2010).

Desta forma, é pactuado a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com uma direção de trabalho de modo integrado com os demais setores e serviços, promovendo a efetivação dos atendimentos e o fortalecimento dos vínculos do usuário e familiares. De acordo com o art. 5 da Portaria nº 3.088, a RAPS é composta pelos seguintes elementos:

- I - atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:
 - a) Unidade Básica de Saúde;
 - b) equipe de atenção básica para populações específicas:
 - 1. Equipe de Consultório na Rua;
 - 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;
 - c) Centros de Convivência;
- II - atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção:
 - a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;
- III - atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:
 - a) SAMU 192;
 - b) Sala de Estabilização;
 - c) UPA 24 horas;
 - d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro;
 - e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;
- IV - atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:
 - a) Unidade de Recolhimento;
 - b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;
- V - atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:
 - a) enfermaria especializada em Hospital Geral;
 - b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;
- VI - estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:
 - a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e
- VII - reabilitação psicossocial (Ministério da Saúde, 2011).

Os Centros de Atenção Psicossocial foram regulamentados através da Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, sendo um dispositivo estratégico com o objetivo de promover serviços especializados, de modo intensivo, semi-intensivo e não intensivo voltados a assistência ambulatorial, de forma aberta e de caráter comunitário, para pessoas em

sofrimento mental e comportamental, abrangendo usuários com dependência a álcool e outras drogas.

Neste sentido, segundo o art. 7, § 4º da Portaria nº 3.088, os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados nas modalidades:

I - **CAPS I**: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes;

II - **CAPS II**: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes;

III - **CAPS III**: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;

IV - **CAPS AD**: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;

V - **CAPS AD III**: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;

VI - **CAPS i**: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

De acordo com a Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, o CAPS AD deve ser composto por:

- a - 01 (um) médico psiquiatra;
- b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;
- c - 01 (um) médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas;
- d - 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;
- e - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Para realizar o acolhimento inicial no CAPS AD deve-se procurar a instituição localizada na região onde mora ou ser encaminhado por qualquer serviço de saúde. Este primeiro contato visa realizar a escuta qualificada para compreender a situação em que o usuário se encontra, possibilitando “compreender o sofrimento psíquico a partir da pessoa, valoriza suas experiências e atenta para suas necessidades e diferentes aspectos que compõem

seu cotidiano” (MAYNART *et al*, 2014), a fim de possibilitar a visualização das demandas apresentadas como efetuar encaminhamentos para outros serviços e redes, se necessário.

Neste sentido, de acordo com Chupel e Mioto (2010, p. 52) o acolhimento é realizado tendo em vista três objetivos específicos:

- a) para garantir o acesso do usuário aos mais diversos direitos sociais;
- b) a fim de construir uma relação de confiança tal, que permita a criação de vínculos e;
- c) para que informações sejam captadas a fim de subsidiar as decisões acerca das intervenções a serem realizadas.

Para proceder a avaliação especializada do usuário no CAPS AD é utilizado instrumentos de triagem com validação científica para identificar demandas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas como os testes ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) e AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). Com o resultado indicando demanda de atendimento e tratamento no CAPS AD e com a adesão de forma espontânea do usuário, é efetivada a promoção de contratualidade e posteriormente, elaborado o Projeto Terapêutico Singular (PTS) junto ao usuário, respeitando sua individualidade e possibilitando a construção da sua autonomia.

Os serviços prestados no CAPS AD visam um atendimento especializado e estratégias terapêuticas voltadas a um ambiente acolhedor e aberto, facilitando a adesão de, principalmente, pessoas em situações de crise com a finalidade de diminuir e evitar as internações (BRASIL, 2004). Oferecem serviços de: “psicoterapia individual ou em grupo, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, atividades artísticas, orientação e acompanhamento do uso de medicação, atendimento domiciliar e aos familiares” (BRASIL, 2004, p. 17).

De acordo com a Portaria nº 245, de 17 de fevereiro de 2005, é destinado cerca de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), através das 3 esferas, para garantir a compra de equipamentos, aquisição de material de consumo e/ou capacitação da equipe técnica e outros itens. A Portaria Nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011 assegura um custeio mensal de R\$ 39.780,00 (trinta e nove mil setecentos e oitenta reais) aos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas.

Em razão da alteração nos conceitos de saúde mental, a intervenção no tratamento do dependente químico não está limitada a serviços de saúde, de forma que é prestado assistência de modo integral em relação as outras demandas retratadas (MARINHO, 2010). O trabalho intersetorial proporciona o desenvolvimento de ações de articulação e acessibilidade dos serviços da rede para assegurar o cuidado integral do usuário e seus familiares, considerando-

o em sua totalidade, de modo que pode ocasionar melhora da qualidade de vida no aspecto psicológico, familiar e social. Nesta perspectiva, é pontuado por Marcomim e Maciel (2016, p. 72) que “o trabalho articulado nas redes permite a criação de espaços onde as práticas de cooperação constituem um meio para encontrar saídas e soluções para a intervenção na realidade social complexa”. Neste contexto da dependência química o processo de reconhecimento e reintegração dos vínculos familiares se faz necessário como forma de subsidiar a reinserção social pós tratamento.

A família é uma instituição social historicamente condicionada e dialeticamente articulada com a sociedade na qual está inserida. Isto pressupõe compreender as diferentes formas de famílias em diferentes espaços de tempo, em diferentes lugares, além de percebê-las como diferentes dentro de um mesmo espaço social e num mesmo espaço de tempo. Esta percepção leva a pensar as famílias sempre numa perspectiva de mudança, dentro da qual se descarta a ideia dos modelos cristalizados para se refletir as possibilidades em relação ao futuro (MIOTO, 1997, p.128).

Schenker e Minayo (2004) apresentam uma revisão da literatura acerca do tratamento para o uso abusivo de substâncias, sendo produzido através de pesquisas em bases de dados científicos entre os anos de 1995 e 2002. Os resultados dos estudos indicam a importância da inclusão da família durante os estágios do tratamento, visto que é compreendida como a referência nas diferentes esferas da sociedade e desta forma, está envolvida com o desenvolvimento saudável, ou não, de seus membros (SCHENKER & MINAYO, 2004).

Segundo Rosa e Melo (2015) é constatada em alguns serviços de saúde mental a participação dos familiares em grupos de apoio, mesmo que de modo irregular. A dificuldade em mobilizar os familiares em ações interventivas grupais surge pela exclusão história da família no tratamento; a participação torna-se uma sobrecarga; o oferecimento restrito a palestra nestes espaços pode-se desviar das reais necessidades e a incompatibilidade com os horários ofertados.

Historicamente, o modelo hospitalocêntrico desenvolveu uma pedagogia de exclusão do grupo familiar, ao restringi-la a mera informante do histórico da enfermidade da pessoa com transtorno mental; a ser um recurso ocasional ou “visita” pontual, sendo invisibilizada na sua condição de provedora de cuidados contínuos, no plano doméstico (ROSA; MELO, op. cit, 2015, p. 96).

Neste contexto, observa-se a família, aqui entendida como um “relacionamento entre pessoas, que não necessariamente compartilham o mesmo domicílio e os mesmos laços sanguíneos ou de parentesco” (GUEIROS, 2010, p. 128), considerando as diferentes constituições dos dias atuais, exerce relevância para o processo de reconhecimento das demandas e necessidades do dependente químico e do próprio contexto familiar, que exigem uma mediação própria para que possa promover direitos as reais necessidades deste segmento.

3. METODOLOGIA DE ESTUDO

O presente estudo configura-se a partir de uma pesquisa exploratória que na visão de Marcomim e Leonel (2015, p. 14) “nos aproxima do conhecimento acerca de determinado fenômeno ou problema, subsidiando-nos, inclusive, para formulação com maior propriedade de um problema de pesquisa em outros níveis e modalidades”.

Foi realizado estudo bibliográfico que, de acordo com Carvalho (2006, p. 100) “é a atividade de localização e consulta de fontes diversas de informações escritas para coletar dados gerais ou específicos a respeito de determinado tema”.

Considera-se o método de abordagem quanti-qualitativa, tendo em vista que a abordagem quantitativa “retrata indicadores que caracterizam determinados fenômenos e podem ser mensurados de modo mais exato” (MARCOMIM; LEONEL, 2015, p. 27) e abordagem qualitativa “tem características muito particulares e responde a aspectos muito específicos da realidade” (Ibid. p. 28).

A Pesquisa documental foi utilizada para análise de indicadores das famílias, configurando-se, segundo MOTA (apud MARCOMIM; LEONEL, 2015, p 16):

Os documentos fornecem dados ou informações que subsidiam a análise de um determinado fenômeno ou problema que se queira compreender. Neste caso, pode-se considerar o material documental de referência como sendo aquele que não recebeu tratamento analítico efetivo ou adequado, o que a difere da pesquisa bibliográfica.

Este processo constituiu-se a base de estudo das demandas familiares que eram registradas no dia a dia do processo de trabalho.

4. RESULTADOS DO ESTUDO

4.1 O CAPS AD E O PET-SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PALHOÇA

A Equipe de Álcool e Drogas (EAD) foi implementada em 2011 no município de Palhoça/SC, somente em 2013 passou a ser tipificado como CAPS AD, sendo uma instituição de natureza pública e de alcance municipal. A instituição tem como seu objetivo a promoção de serviços especializados de acordo com os princípios do SUS e a Política Nacional de Saúde Mental. Os serviços são direcionados na atenção integral e em rede, priorizando o tratamento de forma ambulatorial mediante os recursos terapêuticos, abertos e comunitários, conseqüentemente, neste sentido, há atuação direta na redução do número de internações psiquiátricas pelo uso e abuso de substâncias. São possibilitados atendimentos individuais,

domiciliares, grupais e aos familiares, com a finalidade de promover ações de redução de danos para estimular o processo de desintoxicação, visando a qualidade de vida e reinserção social dos usuários.

O tratamento no CAPS AD pode ser realizado entre três formas: tratamento intensivo é destinado a usuários que necessitam acompanhamento diário, semi-intensivo é voltado para acompanhamento frequente, mas não diário e o não intensivo, em função do quadro clínico, pode ter uma frequência menor.

Os serviços ofertados são desenvolvidos por uma equipe técnica, onde atuam no âmbito interdisciplinar, desta forma, atualmente, o CAPS AD de Palhoça/SC é formado por 17 profissionais, sendo: um médico clínico geral, um farmacêutico, dois técnicos de enfermagem, três enfermeiros, um assistente administrativo, um assistente social (sendo também o coordenador técnico da instituição), três psicólogos, dois médicos psiquiatras, dois agentes de serviços operacionais e um vigia.

Pontua-se que o assistente social também ocupa o cargo de coordenador técnico da instituição, conseqüentemente, são estruturadas as demandas entre coordenador e assistente social, mesmo que ocorram dentro do horário de trabalho. Assim, ao adentrar no sistema de prontuário eletrônico, o software apresenta dois logins liberando rol de procedimentos diferentes, dessa forma, o próprio software do CAPS AD realiza a separação das atribuições de cada cargo, não mesclando suas funções. Como coordenador técnico é possível dar outras providências de âmbito administrativo, como gerar pedido de materiais, relatórios do sistema, relatório de produção da equipe, entre outros. Como assistente social, é possível visualizar e alterar os prontuários, permitindo anexar a evolução dos pacientes, entre outros. É efetuado pelo coordenado técnico/assistente social um monitoramento próprio por meio de duas tabelas, visto que se trata de dois cargos diferentes. A tabela de coordenador técnico visa incluir ofícios recebidos, quais técnicos estão com os casos, qual período de resposta dos ofícios, qual foi o órgão requerente, integrando procedimentos na condição de coordenador técnico. A tabela de assistente social dispõe de registros acerca dos casos atendidos, evolução dos casos, retorno das demandas. Neste sentido, é necessário colocar-se, como assistente social, dentro do arcabouço técnico e ético visando o sigilo das informações, sendo compartilhadas com o restante da equipe técnica apenas se achar pertinente.

Neste seguimento, são desenvolvidas diversas ações interventivas com uma equipe multidisciplinar para a realização de um tratamento de forma ambulatorial, visando a reinserção social, familiar e comunitária e a garantia dos direitos sociais aos usuários.

Os Caps, regulamentados pela Portaria n.º 336/2002 devem ser compostos por uma equipe multiprofissional, e esses profissionais devem trabalhar com perspectiva interdisciplinar, sendo responsáveis pela unidade durante todo o seu período de funcionamento, o que inclui criar uma ambiência terapêutica acolhedora (BRASIL, 2002, apud BERNARDI; KANAN, 2015, p. 1106).

As ações desenvolvidas pelo assistente social envolvem um arcabouço de conhecimentos, competências e habilidades, além do domínio de um vasto arsenal de técnicas e instrumentos, por meio dos quais acontecem as intervenções (MARCOMIM; MACIEL, 2016, p. 50).

As atribuições do Serviço Social no CAPS AD estão relacionadas ao atendimento das demandas de orientação e mediação aos usuários e familiares, encaminhamento para acessos sócioassistenciais, previdenciários e sóciojurídicos, ou seja, é efetuado articulação com a rede intersetorial e com os serviços de saúde da região. Também conta com a participação nos grupos terapêuticos e oficinas com o desenvolvimento de ações educativas e informativas referente a saúde, benefícios e intervenções pertinentes ao Serviço Social em conjunto a outros profissionais, onde o trabalho interdisciplinar é essencial para a efetivação do tratamento ao usuário.

No que remete aos instrumentos técnico-operativos utilizados pelo assistente social no CAPS AD, os principais são: o acolhimento, que consiste numa ação do trabalho profissional que agrega as relações humanas, postura ética do assistente social e a escuta qualificada, não se limitando na recepção dos usuários, pode ser realizado de forma individual ou coletiva; os relatórios, geralmente, são uma devolutiva aos serviços da rede intersetorial, sendo possível registrar informações, observações e encaminhamentos pertinentes a demandas do usuário; a visita domiciliar, segundo Amaro (2003, p. 13), “é uma prática profissional, investigativa ou de atendimento, realizada por um ou mais profissionais, junto aos indivíduos em seu próprio meio social ou familiar”; a entrevista é aplicada para obter informações que proporcionará o reconhecimento e visibilidade da história do usuário e suas demandas; a reunião tem como característica a forma de promover e intervir em diversos espaços para provocar uma reflexão crítica, atendimento a usuários e familiares, assim como realizar a discussão de casos entre os profissionais; o encaminhamento é forma de atender as necessidades e demandas do usuário, sendo importante para a efetivação do trabalho do assistente social.

Alguns objetivos do Serviço Social no CAPS AD são ações que propõem compreender as múltiplas expressões da questão social vivenciadas pelo usuário, de maneira crítica-analítica como orientado no projeto ético-político da profissão; elaborar estratégias interventivas junto às famílias e os usuários visando o fortalecimento dos vínculos e a

reinserção social, bem como desenvolver articulações entre serviços para a garantia integral e a defesa dos direitos aos usuários.

Dentre as múltiplas expressões da questão social, é possível observar no CAPS AD a exclusão social dos usuários, seja no âmbito familiar ou no mercado de trabalho, dificuldade na promoção dos direitos sociais, desemprego, fragilidade nos laços familiares, desamparo social e discriminação devido à dependência e ao uso de substâncias.

Conforme o documento Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, para o assistente social atuar de forma eficaz na saúde é necessário:

Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
 Conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;
 Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
 Buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde;
 Estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais;
 Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas;
 Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde;
 Efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados (CFESS, 2010, p. 30).

Acerca da relevância do trabalho do Serviço Social na Saúde Mental, segundo Costa (2009, apud NOGUEIRA; SARRETA, 2016, p. 9):

O assistente social se insere, no interior do processo de trabalho em saúde, como agente de interação ou como um elo orgânico entre os diversos níveis do SUS e entre este e as demais políticas sociais setoriais, o que nos leva a crer que o seu principal papel é assegurar a integralidade das ações.

Conforme produzido pelo Conselho Federal de Serviço Social a série de cadernos “Assistente Social no combate ao preconceito” com o objetivo de orientar o exercício profissional e “provocar a reflexão e contribuir para as estratégias efetivas de enfrentamento da reprodução do preconceito, chamando a categoria à responsabilidade ética na defesa do projeto ético-político” (CFESS, 2016, p. 5) foi apresentado um caderno acerca do estigma do uso de drogas. Neste sentido, foi pontuado que o “fenômeno do consumo de psicoativos pode

se configurar como conteúdo transversal que incide sobre demandas, requisições ou normas institucionais cotidianas, das quais a/o assistente social participa” (Ibid, 2016, p. 13). Desta forma, o assistente social pode interferir em defesa dos direitos dos dependentes químicos quando presenciar situações preconceituosas e negligentes como citados pelo caderno “Assistente Social no combate ao preconceito e o estigma do uso de drogas” elaborado pelo Conselho Federal de Serviço Social (loc. cit):

abscessos causados por uso injetável de psicoativos que são drenados sem o uso de anestésicos locais, que poderiam reduzir a dor;
 prolongamento do tempo de espera para atendimento, quando se identifica alguma alteração de comportamento atribuída ao consumo de psicoativos;
 realização de procedimentos sem o devido esclarecimento à/ao interessada/o, violando princípios éticos de cuidados à saúde, pela suposição de que o “consumo de psicoativo” anula a autonomia e a capacidade de decisão da/o paciente;
 desrespeito e banalização das demais necessidades de saúde da/o paciente [...];
 resistência e negligência na implementação das abordagens de Redução de Danos [...];
 adoção de medidas e procedimentos que contrariam os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica [...]

A relação do Serviço Social com as demais políticas públicas se dá através de encaminhamentos e demandas, visando articulação do trabalho para a devida efetivação do tratamento do usuário, proporcionando estratégias e qualidade dos serviços ofertados, assim como demandas relacionadas a diversas políticas públicas, como a política de Previdência Social e Assistência Social. É realizado encaminhamento de relatórios e ofícios de usuários que chegam ao CAPS AD através do Sistema de Justiça, mediante articulação com a rede intersetorial é possível realizar intervenções sobre as múltiplas expressões da questão social.

É fundamental que o profissional do Serviço Social compreenda sobre os serviços ofertados no CAPS AD, respeitando a subjetividade e a diversidade dos usuários, trabalhando na perspectiva de contribuir para a efetivação do tratamento, conhecimento amplo para identificar as demandas sócioassistenciais e conhecimento dos serviços da rede para viabilizar diversos benefícios e facilitar o acesso dos usuários aos serviços.

4.2 A MEDIAÇÃO DE DEMANDAS FAMILIARES DOS PACIENTES DO CAPS

A partir do distanciamento da prática profissional conservadora, o Serviço Social passou a se posicionar politicamente com luta da classe trabalhadora, neste sentido, assumiu o engajamento sobre um projeto social democrático, este sendo definido como Projeto Ético-Político para viabilizar novas intervenções as demandas da sociedade (NETO et al, 2013).

O projeto ético-político do Serviço Social foi construído visando à coletividade, mas também permite que seja articulado juntamente aos indivíduos seu posicionamento de forma contrária a classe dominante, integrando e participando nos movimentos populares e outras categorias profissionais que apoiam os mesmos princípios (SGORLON; SUGUIHIRO, 2017).

As atribuições do Serviço Social no CAPS AD estão em concordância com o projeto ético-político da profissão, visto que há relação com a promoção de cidadania e a dignidade da pessoa. O projeto ético-político do Serviço Social, conforme NETTO (1999, p. 15):

tem em seu núcleo o reconhecimento da liberdade como valor central – a liberdade concebida historicamente, como possibilidade de escolha entre alternativas concretas; daí um compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais. Conseqüentemente, este projeto profissional se vincula a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem exploração/dominação de classe, etnia e gênero.

Esta visão também norteia o presente artigo que compreende a questão a drogadição como uma questão de luta coletiva, societária e ininterrupta.

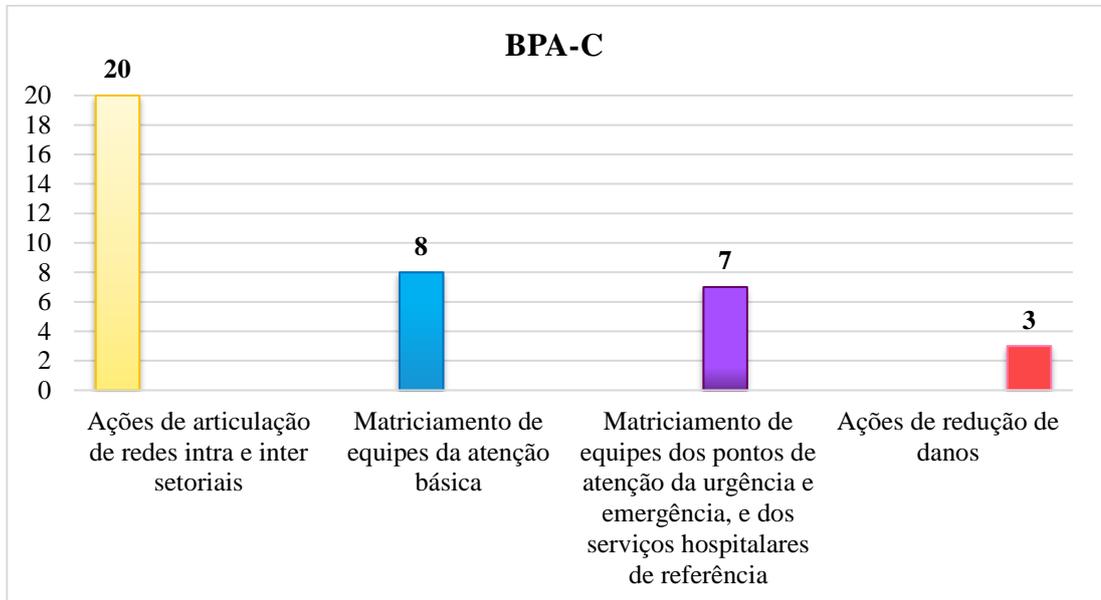
O presente artigo é resultado da minha experiência no campo de estágio curricular em Serviço Social no CAPS AD do município de Palhoça/SC. A partir das dimensões teórico-metodológica, ético-político e técnico-operativo do Serviço Social, este artigo tem o objetivo de apresentar o levantamento dos procedimentos mais utilizados na ação acadêmica no CAPS AD município de Palhoça/SC. Neste sentido, buscou-se verificar as demandas do trabalho realizado pelo Serviço Social na instituição, apresentar as atribuições profissionais dos assistentes sociais desenvolvidas com os usuários dependentes químicos na política de saúde.

O levantamento partiu do estudo de 20 relatórios de atendimento dos usuários do período de setembro de 2019 a fevereiro de 2020. Os procedimentos analisados são o Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C) e Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS), estes inclusos no Sistemas de Informação em Saúde (SIS), sendo um conjunto de meios eletrônicos, onde são realizados registros e avaliações dos beneficiários dos serviços do SUS. A Portaria GM n. 3.462 de 11 de novembro de 2010 “estabelece critérios para alimentação dos Bancos de Dados Nacionais dos Sistemas de Informação da Atenção à Saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C) segundo o Ministério da Saúde (2016) é um “aplicativo no qual se registram os procedimentos realizados pelos prestadores de serviços do SUS, no âmbito ambulatorial de forma agregada”.

O Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS) visa qualificar as ações realizadas e registros acerca da prática profissional. De acordo com a Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012 tem como objetivo “registrar mensalmente as ações de saúde realizadas

durante o período de atendimento ao usuário do SUS” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Neste sentido, “não se configura somente para controle interno e/ou facilitar a digitação, ele amplia a lógica de atuação e de validação das ações e informações dos serviços” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 2).



Fonte: Adaptado pela autora, 2020.

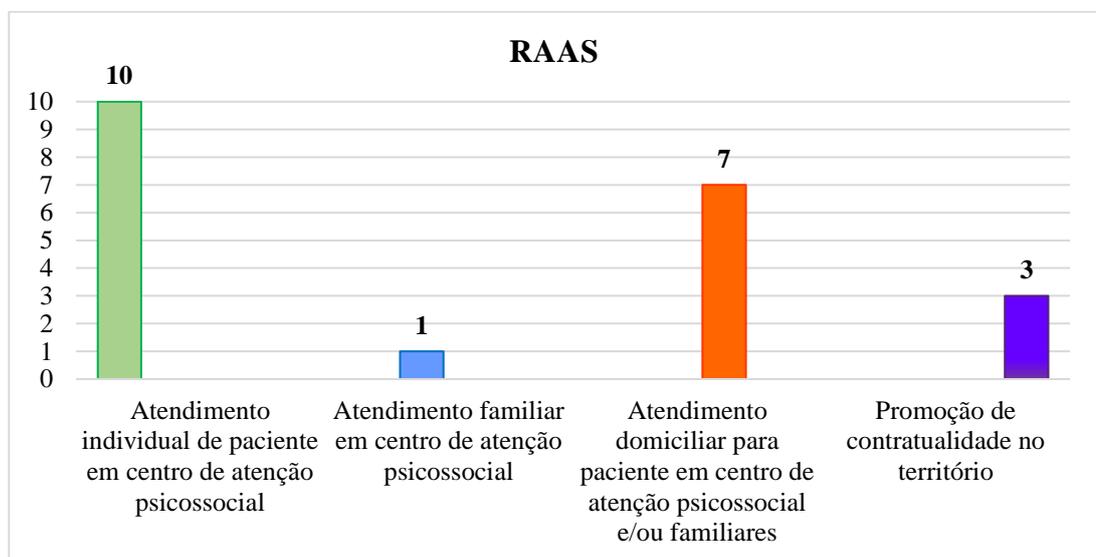
Como se observa acerca dos resultados, foi analisado que as ações de articulação de redes intra e inter setoriais foi o procedimento técnico mais utilizado, sendo constatado nos 20 relatórios, visto que estes relatórios examinados são de articulação entre o Sistema de Justiça e o Conselho Tutelar. Conforme a descrição do CID 03.01.08.025-9, são “estratégias que promovam a articulação com outros pontos de atenção da rede de saúde, educação, justiça, assistência social, direitos humanos e outros, assim como os recursos comunitários presentes no território”. Neste sentido, conforme pontuado por Silva e Gomes (2016) a articulação entre redes de serviços é expressa na rotina da ação profissional, pois esta prática se torna fundamental para a resolução de outras demandas específicas.

Este procedimento foi constatado em 8 relatórios, e de acordo com o CID 03.01.08.030-5, o Matriciamento de Equipes da Atenção Básica dispõe-se em relação ao “apoio presencial sistemático às equipes de atenção básica que oferte suporte técnico à condução do cuidado em saúde mental através de discussões de casos e do processo de trabalho, atendimento compartilhado, ações intersetoriais no território”.

Segundo CID 03.01.08.039-9, o Matriciamento de equipes dos pontos de atenção da urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtornos mentais e com necessidades de saúde decorrente do uso de álcool,

crack e outras drogas propõe “apoio presencial sistemático às equipes dos pontos de atenção da urgência e emergência”, sendo observado em 7 relatórios.

As ações de redução de danos, conforme o CID 03.01.08.031-3 são um "conjunto de práticas e ações [...] que buscam minimizar danos de natureza biopsicossocial decorrentes do uso de substâncias psicoativas" [...]. Neste sentido, torna-se “possível pensar modos de reduzir os eventuais prejuízos que o uso das drogas vem acarretando a esse indivíduo, e como apresentar alternativas de uso menos prejudicial à sua saúde” (MIRANDA; EIDELWEIN, 2017). Este procedimento foi observado em 3 relatórios.



Fonte: Adaptado pela autora, 2020.

De acordo com o CID 03.01.08.020-8, o atendimento individual de paciente em centro de atenção psicossocial é a ação de “atendimento direcionado à pessoa, que comporte diferentes modalidades, responda as necessidades de cada indivíduo”, este procedimento foi realizado em 10 relatórios.

Segundo o CID 03.01.08.022-4, o atendimento familiar em centro de atenção psicossocial realiza “ações voltadas para o acolhimento individual ou coletivo dos familiares e suas demandas”. Este procedimento foi prestado em 1 relatório.

De acordo com o CID 03.01.08.024-0, o atendimento domiciliar para pacientes de centro de atenção psicossocial e/ou familiares desempenha “atenção prestada no local de morada do indivíduo e/ou familiares”. Este procedimento foi exercido em 7 relatórios.

A promoção de contratualidade no território é adesão ao atendimento e acompanhamento de usuários aos serviços especializados prestados pelo SUS, este procedimento de inclusão no CAPS AD foi efetuado em 3 relatórios.

Com iniciativa do CAPS AD e juntamente a equipe técnica do PET Saúde Interprofissionalidade da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), este sendo fruto de uma parceria entre a UNISUL, Secretaria Municipal de Saúde de Palhoça, Ministério da Saúde e Ministério da Educação, foi elaborado um e-book intitulado de “Prevenção ao uso de Álcool e Drogas”, com o objetivo de apresentar serviços especializados da rede e desta forma, viabilizar o acesso aos usuários e familiares nos serviços especializados através do reconhecimento dos serviços, demandas e demonstrar a dimensão da ação profissional do Serviço Social junto à área de saúde mental.

Neste sentido, a seção I do e-book pontua o conceito de saúde mental, considerando sua dimensão multifatorial e expõe as concepções dos padrões de uso, caracterizado pelo Padrão de Uso moderado/recreativo/social e Padrão de Uso abusivo/problemático/nocivo. Em seguida, foram ponderados os conceitos de síndrome de dependência e síndrome de abstinência, e descrito as classificações das drogas, como drogas ilícitas e drogas lícitas. Tendo em vista que a saúde se tornou direito de todos e dever do Estado e da necessidade de acesso de ações interdisciplinares a todos os serviços de promoção e recuperação da saúde, a Resolução nº 218, de 06 de março de 1997 reconheceu os assistentes sociais (entre outros profissionais) como profissionais de saúde de nível superior.

A seção II apresenta a estrutura da Rede de Cuidados em Saúde Mental, sendo que a Política Nacional de Saúde Mental é ratificada através da Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001 que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” e compreende estratégias e diretrizes que são adotadas para a organização da assistência as pessoas com necessidades de tratamento no âmbito da saúde mental. Posteriormente, foram relatados as principais instrumentalidades e instrumentos técnico-operativos utilizados na intervenção de saúde mental pelo Serviço Social, os desafios e estrutura de atendimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Na seção III foi apresentado as Unidades de Atenção Primária à Saúde (Unidades Básicas de Saúde), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS).

O e-book será disponibilizado para download no canal do Youtube do PET Interprofissionalidade, será remetido para as equipes de Saúde da Família e a todas as Unidades Básicas de Saúde do Município de Palhoça por uma plataforma de comunicação interna entre os serviços da rede local, deste modo, será divulgado e apresentado aos usuários dos serviços prestados no SUS.

O processo de estudo das demandas e sua forma de mediação consolida as ações consideradas pelo Projeto Ético Político Profissional (1993) que evidencia a busca do serviço social pela promoção dos direitos e busca da dignidade humana, considerando o sujeito como agente de seu processo histórico. Neste processo pode-se observar a atuação efetiva do Serviço Social, com a contribuição acadêmica no entendimento e mediação das demandas, bem como na elaboração do e-book onde a função foi de levantamento de informações, elaboração de materiais, enfim, contribuição para a disseminação dos direitos e do saber que pode tornar o ser social livre de toda e qualquer dependência.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como se observa ao longo do registro do artigo, há um conjunto de demandas que caracterizam que a situação familiar do dependente químico envolve demandas que configuram a corresponsabilização de uma rede de garantia de direitos para que se possa promover o que legalmente se preconiza.

As equipes de atuação dos CAPS AD tornam evidente que a dimensão de atuação biopsicossocial requer que sejam ampliadas em número e qualidade os serviços prestados a este segmento, considerando para além do tratamento em si, seu processo de reinserção social e o preparo de sua família para que sejam compreendidas as demandas essenciais deste contexto familiar, sendo mediadas conforme as políticas de direitos.

Ao que se observa, o contexto familiar é desafiador no âmbito do atendimento do CAPS AD e exige das equipes profissionais diferentes saberes para que possam consolidar a atenção muitas vezes esperada. Por outro lado, há muitas famílias que se colocam, por diferentes motivos no contexto da negligência, sendo elas próprias as principais demandantes do processo de atenção e acompanhamento para que o dependente não recaia sobre a dependência no processo de tratamento.

Considerando os indicadores e informações levantadas, pode-se concluir que as famílias requerem grande e ampliada atenção por parte das políticas públicas uma vez que sua atenção se estende por diferentes conflitos e demandas que não podem ser mediados por uma única política.

Por outro lado, para além das políticas públicas, a sociedade deve compreender o desafio do processo da dependência química e colocar-se como agente cooperador evitando processos discriminatórios e ainda mais fragilizadores destes grupos, destituindo-lhes, por

muitas vezes, o reconhecimento de que são famílias e requerem o tratamento necessário para continuidades de suas vidas e de seu processo de recuperação.

6. REFERENCIAIS TEÓRICOS

AMARO, Sarita. **Visita Domiciliar**: Guia para uma abordagem complexa. Porto Alegre: AGE, 2003.

ALTAFIN, Iara Guimaraes. Constituição de 1988 fortaleceu a cidadania do trabalhador. Agência Senado, Brasília, 01 out. 2008.

BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro *et al.* (Org.). III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 528 p., 2017.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro 1988.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.

_____. Ministério da Saúde. Média e alta complexidade. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios. Brasília, 3. ed, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 245, de 17 de fevereiro de 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 19 de setembro de 1990.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.462 de 11 de novembro de 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.

_____. Ministério da Saúde. Resolução nº 218, de 06 de março de 1997.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Informação. Sistema de Informação do SUS. **Manual de operação do sistema**. Brasília, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Sobre os novos procedimentos do CAPS. Brasília, 2013.

BERNARDI, Aline Batista; KANAN, Lilia Aparecida. **Características dos serviços públicos de saúde mental (Capsi, Capsad, Caps III) do estado de Santa Catarina**. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 1105-1116, Dec. 2015.

CARVALHO, Gilson. **A saúde pública no Brasil**. São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013.

CARVALHO, Maria Cecilia Maringoni de (Org.). **Construindo o saber: metodologia científica, fundamentos e técnicas**. 18. ed. Campinas: Papirus, 2006.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília, 82 p. 2010.

_____. **Série Assistente social no combate ao preconceito: o estigma do uso de drogas**. Brasília, 2016.

CHUPEL, Cláudia Priscila; MIOTO, Regina Célia Tamaso. Acolhimento e serviço social: contribuição para a discussão das ações profissionais no campo da saúde. **Revista Serviço Social & Saúde**. UNICAMP Campinas, v. IX, n. 10, p. 37-59, dez. 2010.

COUTINHO, Dalsiza Cláudia Macedo; SANTOS, Rosemeire dos. O trabalho do/a assistente social na saúde mental: atribuições privativas e competências profissionais em debate. **Revista EDUC**, Faculdade de Duque de Caxias, v. 3, n. 1, jan./jun. 2016.

GONDIM, Roberta et al. Qualificação de gestores do SUS. In: **Qualificação de gestores do SUS**. 2011. p. 478-478.

GUEIROS, Dalva Azevedo. Família e trabalho social: intervenções no âmbito do serviço social. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 13, n. 1, p. 126-132, jan./jun. 2010.

MARCOMIM, Ivana; LEONEL, Vilson. **Projetos de Pesquisa Social**. Palhoça: Unisulvirtual, 2015.

MARCOMIM, Ivana; MACIEL, Walery Luci da Silva. **Instrumental técnico-operativo do serviço social: livro didático**. Palhoça: UnisulVirtual, 2016.

MARINHO, Angélica Mota. **Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas: reconstrução de uma prática**. 2010. 194 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

MAYNART, Willams Henrique da Costa; ALBUQUERQUE, Maria Cícera dos Santos de; BRÊDA, Mércia Zeviani; JORGE, Jorgina Sales. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.L.], v. 27, n. 4, p. 300-304, ago. 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SCHENKER, Miriam. **A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: Uma revisão da literatura**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(3):649-659, 2004.

MIOTO, Regina Célia Tamaso. Família e Serviço Social: contribuições para o debate. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez Editora, ano XVIII, n.55, nov/fev, 1997.

MIRANDA, Débora Denise Silva; EIDELWEIN, Carolina. Ações de redução de danos no centro de atenção psicossocial álcool e drogas (caps ad): pressupostos e práticas. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 26, n. 1, p. 85-96, jan. 2017.

NETTO, José Paulo. A construção do projeto ético-político contemporâneo. In: **CAPACITAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E POLÍTICA SOCIAL**. Módulo 1. Brasília: CEAD/ABEPSS/CFESS, 1999.

NETO, Cacildo Teixeira de Carvalho. *et al.* A efetivação do projeto ético-político profissional no âmbito da assistência social In: **CONGRESSO CATARINENSE DE ASSISTENTES SOCIAIS**. Florianópolis, 2013.

NOGUEIRA, Danielle de Oliveira; SARRETA, Fernanda de Oliveira. A inserção do assistente social na saúde: desafios atuais. In: **4º SIMPÓRIO MINEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS**, 2016, Belo Horizonte. **80 anos de Serviço Social: Tendências e Desafios**, 2016.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos.; MELO, Tânia Maria Ferreira Silva. Inserções do assistente social em saúde mental: em foco o trabalho com as famílias. **Serviço Social e Saúde**, Campinas, SP, v. 7, n. 1/2, p. 75-106, 2015.

SGORLON, Claudiana Tavares da Silva; SUGUIHIRO, Vera Lucia Tieko. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e seus rebatimentos na profissão**. II Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Políticas Sociais, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 23 a 25 de outubro de 2017.

Sistema Único de Saúde. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.

SILVA, Carolina Flexa da; GOMES, Vera Lúcia Batista. O trabalho do assistente social nos centros de atenção psicossocial – CAPS do município de Belém/PA: contribuições para o tratamento da saúde mental dos usuários. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 19, n. 1, p. 84-108, jul/dez, 2016.

Organização Mundial da Saúde. Transtornos devido ao uso de substâncias. Em Organização Pan-Americana da Saúde & Organização Mundial da Saúde (Orgs.). Relatório sobre a saúde no mundo. **Saúde Mental: nova concepção, nova esperança** (pp. 58-61). Brasília: Gráfica Brasil, 2001.

Relatório Mundial sobre Drogas 2019. **Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime**. Viena, 2019. Disponível em: https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2019/06/relatorio-mundial-sobre-drogas-2019_-35-milhes-de-pessoas-em-todo-o-mundo-sofrem-de-transtornos-por-uso-de-drogas--enquanto- apenas-1-em-cada-7-pessoas-recebe-tratamento.html Acesso em: 20/11/2020.