

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

VIVIANA TEREZINHA FENILLI

**O SERVIÇO SOCIAL NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
PARA ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS DO MUNICÍPIO
DE FLORIANÓPOLIS: ELEMENTOS DA PRÁTICA PROFISSIONAL**

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO
EM: 03/12/2009


Rosana Maria Gaio
Coord. de Estágio e TCC
Curso de Serviço Social/CSE/UFSC

**Florianópolis
2009/2**

VIVIANA TEREZINHA FENILLI

**O SERVIÇO SOCIAL NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
PARA ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS DO MUNICÍPIO
DE FLORIANÓPOLIS: ELEMENTOS DA PRÁTICA PROFISSIONAL**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Ivete Simionatto.

**Florianópolis
2009/2**

VIVIANA TEREZINHA FENILLI

**O SERVIÇO SOCIAL NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
PARA ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS DO MUNICÍPIO
DE FLORIANÓPOLIS: ELEMENTOS DA PRÁTICA PROFISSIONAL**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Ivete Simionatto
Orientadora

Prof. Msc. Cleide Gessele
1ª Examinadora

Assistente Social Márcia Adriana Araújo
2ª Examinadora

Florianópolis
2009/2

AGRADECIMENTOS

Início esta parte agradecendo a alguém que está do lado de Deus agora, protegendo e olhando por todos que ficaram “por aqui”, minha saudosa mãe, Terezinha. Como se fosse hoje, lembro-me daquele dia em que nos despedimos e cujas suas palavras foram de incentivo para que eu continuasse meus estudos. Nesse tempo, a senhora não pensava que eu iria além, e aos dezesseis anos me pedia apenas que finalizasse o ensino médio.

Sei que a senhora está muito orgulhosa de mim, e estará sentada na primeira fila assistindo esta minha vitória. Obrigada mãe, por me fazer quem eu sou.

Ao meu marido Marcelo, companheiro de muitas horas difíceis e de outras tantas maravilhosas. “Parceiro e aliado”, que acreditou desde o começo que eu seria capaz, mesmo quando o desânimo e o cansaço me faziam pensar em desistir. Obrigada por tudo.

Ao meu pequeno Enrique, que apesar de sua pouca idade é o grande responsável por me fazer ter esperança de que o mundo pode ser sim um bom lugar para se viver, um amor impossível de mensurar.

Obrigada também ao meu pai, Valdemar, que possibilitou meus estudos e minha permanência na Universidade.

A todos da minha família, que direta ou indiretamente contribuíram para a conclusão deste processo.

Agradeço ainda, ao curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, que através de seu corpo docente e outros profissionais proporcionou a apropriação de conhecimentos que pude visualizá-los concretamente no processo de estágio. Em especial, registro meus agradecimento à professora Ivete Simionatto, que aceitou orientar este trabalho e se propôs a dividir um pouco do seu grande conhecimento acerca da profissão de Serviço Social. Também agradeço à professora Cleide Gessele que prontamente aceitou participar da banca examinadora deste trabalho.

Enfim, agradeço à todos os profissionais e usuários do CAPSad, que me receberam, acolheram e possibilitaram a aproximação com esta área tão complexa, desafiadora e instigante que é o trabalho em saúde mental, especificamente com usuários de álcool e outras drogas. Foram quase dois anos de estágio e de aproximação com a realidade social e a prática profissional do assistente social dos quais levo um grande acúmulo de conhecimentos. Agradecimento especial aos pares de profissão, à assistente social Roseane, Eleusa, Márcia e Simone, as duas últimas que me orientaram ao longo deste quase dois anos de estágio.

A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar.

Eduardo Galeano

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo realizar uma sistematização da prática profissional do assistente social inserido em um serviço alternativo de Saúde Mental, o Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas - CAPSad de Florianópolis, buscando identificar, a partir do cotidiano profissional as ações, o instrumental técnico-operativo, as referências teóricas, bem como as principais dificuldades presentes neste espaço funcional-ocupacional.

A partir do período de estágio Curricular Obrigatório e Não-obrigatório, entre os períodos de maio de 2008 a novembro de 2009, emergiram alguns questionamentos e inquietações sobre o conteúdo da ação profissional, as atribuições e competências dos assistentes sociais inseridos nas equipes interdisciplinares, onde as especificidades muitas vezes se confundem, dificultando a percepção e visibilidade da profissão.

A literatura sobre a prática do Serviço Social na área da Saúde Mental, especificamente nos serviços reformados da atual Política de Saúde Mental ainda é consideravelmente escassa, havendo poucos autores e obras que tenham se dedicado na produção de conhecimentos sobre o tema.

Se a ampliação das discussões sobre a prática do assistente social se faz importante a partir da inserção profissional nestes novos espaços institucionais, o debate em torno dos elementos que estruturam estas ações se configura como o ponto de partida para estas discussões. Neste sentido, o presente trabalho não se situa na modalidade de pesquisa, mas busca, a partir de uma dada fundamentação teórica, identificar, descrever e resgatar os elementos estruturantes que dão sustentabilidade a ação profissional.

Palavras-chave: prática profissional; planejamento; documentação, sistematização.

LISTA DE SIGLAS

ABAS - Associação Brasileira de Assistentes Sociais

ABESS - Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CAPs - Caixas de Aposentadoria e Pensões

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

CAPS II - Centros de Atenção Psicossocial para tratamento de adultos em sofrimento psíquico

CAPS i - Centros de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes

CAPSad - Centros de Atenção Psicossocial para tratamento de álcool e outras drogas

CNS - Conferência Nacional de Saúde

CONAD - Conselho Nacional Antidrogas

CT – Comunidade Terapêutica

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FBH - Federação Brasileira de Hospitais

GAOD - Grupo de Trabalho em álcool e outras Drogas

IAPs - Institutos de Aposentadorias e Pensões

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS – Núcleo de Apoio Psicossocial

OMS – Organização Mundial de Saúde

PMF - Prefeitura Municipal de Florianópolis

PNAD – Política Nacional sobre Drogas

PROADQ - Programa de Atenção ao dependente químico

SENAD - Secretaria Nacional sobre Drogas

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SNC – Sistema Nervoso Central

SUS - Sistema Único de Saúde

TR – Técnico de Referência

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	08
1 TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	10
1.1 A Reforma Sanitária.....	13
1.2 A Reforma Psiquiátrica e a atual Política de Saúde Mental no Brasil.....	16
1.3 A Rede de Atenção à Saúde Mental em Florianópolis: o modelo de Apoio Matricial e o Protocolo de Atenção à Saúde Mental.....	24
2 O SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE.....	30
2.1 O Serviço Social na Saúde Mental.....	33
2.2 O Alcoolismo e a Dependência Química: Fenômeno Multideterminado.....	38
2.3 A Política de Atenção Integral ao Usuário de álcool e outras drogas.....	41
3 O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – CAPSad DE FLORIANÓPOLIS	45
3.1 Projeto Terapêutico do CAPSad de Florianópolis	51
3.2 O Serviço Social no CAPSad de Florianópolis: cotidiano e atividades profissionais.....	55
3.3 Elementos Estruturantes da ação profissional: instrumentais e referências de conhecimento que subsidiam a prática do assistente social no CAPSad	61
3.4 A organização da prática profissional: planejamento, documentação e sistematização da prática profissional do assistente social no CAPSad.....	66
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	76

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo realizar uma sistematização da prática profissional do assistente social inserido em um serviço alternativo de Saúde Mental, o Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas - CAPSad de Florianópolis, buscando identificar, a partir do cotidiano profissional as ações, o instrumental técnico-operativo, as referências teóricas, bem como as principais dificuldades presentes neste espaço funcional-ocupacional.

A partir do período de estágio Curricular Obrigatório e Não-obrigatório, entre os períodos de maio de 2008 a novembro de 2009, emergiram alguns questionamentos e inquietações sobre o conteúdo da ação profissional, as atribuições e competências dos assistentes sociais inseridos nas equipes interdisciplinares, onde as especificidades muitas vezes se confundem, dificultando a percepção e visibilidade da profissão.

A criação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS é relativamente recente, sendo de 1992 a Portaria que regulamenta estes serviços e de 2001 a promulgação da Lei que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Logo, a inserção dos assistentes sociais nestes espaços sócio-institucionais também é nova, pois se diferencia das ações profissionais desenvolvidas nos hospitais psiquiátricos e nas clínicas particulares, comuns na década de 1970.

Segundo a Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, a equipe mínima dos CAPSad é composta por: médico psiquiatra, enfermeiro, médico clínico e quatro profissionais de nível superior dentre as categorias profissionais de psicólogo, terapeuta ocupacional, pedagogo ou assistente social. A presença do assistente social na composição da equipe técnica para atuação não é considerada, portanto, obrigatória. Assim, a profissão se defronta com um desafio: o entendimento e a construção de justificativas que demonstrem a imprescindibilidade da atuação do assistente social no tratamento de pessoas acometidas por transtornos mentais decorrentes ou não do uso de álcool e outras drogas.

A literatura sobre a prática do Serviço Social na área da Saúde Mental, especificamente nos serviços reformados da atual Política de Saúde Mental ainda é consideravelmente escassa, havendo poucos autores e obras que tenham se dedicado na produção de conhecimentos sobre o tema.

Se a ampliação das discussões sobre a prática do assistente social se faz importante a partir da inserção profissional nestes novos espaços institucionais, o debate em torno dos

elementos que estruturam estas ações se configura como o ponto de partida para estas discussões. Neste sentido, o presente trabalho não se situa na modalidade de pesquisa, mas busca, a partir de uma dada fundamentação teórica, identificar, descrever e resgatar os elementos estruturantes que dão sustentabilidade a ação profissional.

O trabalho está estruturado em três seções:

Na primeira seção apresentamos um resgate histórico da trajetória da Política de Saúde no Brasil, desde as primeiras iniciativas de política setorial do Estado, passando pelas mais importantes reformas do setor, a Reforma Sanitária e Psiquiátrica e explicitando a atual Política de Saúde Mental centrada no modelo psicossocial e como se configura a rede de cuidados à portadores de transtornos psíquicos em Florianópolis, a partir do modelo de Apoio Matricial e do Protocolo de Atenção à Saúde Mental.

Na seção seguinte resgatamos a profissão de Serviço Social na área da Saúde e particularmente na Saúde Mental e a sua inserção nestes serviços alternativos da rede, neste caso, os CAPS. Também trazemos à tona a discussão sobre o fenômeno do consumo de álcool e outras drogas enquanto elemento multiderminado e complexo e as respostas do Estado frente a esta problemática, especialmente através da criação da Política de Atenção Integral ao usuário de álcool e outras drogas. Esta tem a intersectorialidade e a interdisciplinaridade como a tônica das ações do atual modelo de atenção e cuidado às pessoas que fazem uso de álcool e drogas.

Na terceira seção apresentamos a instituição, o Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas – CAPSad de Florianópolis, o Projeto Terapêutico do serviço, ou seja, o conjunto de atividades oferecidas aos usuários. Nesta seção ainda, caracterizamos o Serviço Social inserido no CAPSad, sua prática e principais atividades desenvolvidas, os instrumentais e referências de conhecimento que subsidiam a ação profissional e, por fim, quais os instrumentos técnico-operativos como planejamento, documentação e sistematização utilizados na intervenção profissional e a relevância que estes conferem ao trabalho do assistente social.

E, finalmente, seguem as considerações finais e as referências bibliográficas.

1. TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

A política de saúde no Brasil tal como se apresenta hoje é fruto de um longo processo histórico que evidencia a luta travada por diversos segmentos da classe trabalhadora e de diferentes forças da sociedade civil. O caminho percorrido ocorreu lentamente e foi influenciado por uma série de fatores, variando conforme a conjuntura, o momento político, econômico e social pelo qual passava a sociedade. Desde as primeiras ações nesta área por parte do Estado, a área da saúde sempre foi alvo de críticas e propostas, tendo passado inclusive por reformas, dentre elas a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica.

Para entendermos o percurso da política de saúde brasileira faremos uma sucinta exposição desta trajetória situando-a na conjuntura histórica e no âmbito das relações entre Estado e sociedade.

Numa retrospectiva histórica no período conhecido como República Velha (1889 a 1930), a economia se caracterizava pelo predomínio das elites cafeeiras e é nesse contexto que ocorre a criação das bases para a industrialização e o surgimento das primeiras indústrias agro-exportadoras no Brasil. Junto com este novo processo de produção no país, a industrialização, veio acompanhada da urbanização “e a paisagem urbana foi tomada por fábricas e multidões de homens que procuravam emprego e moradia” (WESTPHAL; ALMEIDA, 2001, p.16). Neste cenário, presenciava-se a disseminação de doenças e epidemias como a febre amarela, a varíola, a tuberculose e a sífilis. Nestas circunstâncias o médico sanitarista Oswaldo Cruz ficou conhecido por conduzir as campanhas de erradicação das chamadas ‘doenças pestilentas’.

A questão da saúde neste período era tratada como ‘caso de polícia’, ou seja, as ações contra as epidemias que se alastravam pelo país eram feitas através de campanhas. Este termo militar traduz o caráter autoritário de esforços conjugados, do trabalho a ser realizado (SCLIAR, 2005). O tema da saúde ainda não adquirira configurações de questão social.

Com ações voltadas a vacinação obrigatória em massa, invasão de casas e queima de roupas, colchões e pertences pessoais sob a alegação de que a disseminação das doenças se dava através do contato de objetos pessoais dos doentes, assim se dava a atenção por parte do Estado no enfrentamento das questões referentes ao processo saúde/doença. É possível constatar tal fato no trecho em que Scliar (2005) explica:

A campanha por ele [Oswaldo Cruz] proposta compreendia dois tipos de providência: identificar os doentes e acabar com os focos de mosquitos. Para alcançar esse último objetivo, formou brigadas de mata-mosquitos,

uniformizadas e equipadas, e com poderes para entrar nas casas (SCLIAR, 2005, p.108).

É deste período também a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões, as CAPs, em 1923, que ficou conhecida como Lei Eloi Chaves e que Bravo (2008a, p.90) denominou de *embrião do esquema previdenciário brasileiro*, que direcionava as ações à questões de higiene e saúde do trabalhador, e era dividida por empresas, financiadas por estas, pela União e pelo empregado. Entre as ações estava previsto: “[...] assistência médico-curativo e fornecimento de medicamentos [...]”.

Percebe-se assim que as ações governamentais estavam muito atreladas a “vigilância do exercício profissional” (*idem*, p. 91), no sentido de “resguardar apenas os produtivos” ou garantir a capacidade de produzir do trabalhador. Mais tarde houve alterações nas CAPs, como veremos adiante.

É relevante ressaltar que a grande parcela da população que não era contemplada por esta lei e que eventualmente necessitasse de assistência médica era “[...] obrigada a comprar serviços dos profissionais liberais [...]” (WESTPHAL; ALMEIDA, 1995, p. 23), ou ainda, recorrer ao auxílio das Santas Casas de Misericórdia, instituições de caráter filantrópico espalhadas por várias regiões do país e mantidas pela igreja católica.

Em 1929 eclode a Crise Mundial Econômica, chamada de a “Grande Depressão” iniciada nos Estados Unidos e com reflexos em vários países. Sua principal característica foi a recessão econômica com a diminuição da produção industrial nos países já industrializados e crescentes taxas de desemprego. Os reflexos da crise no Brasil incidiram sobre a indústria cafeeira, que não conseguia exportar a produção e também no processo de aceleração da industrialização do país.

Considerado historicamente como um “divisor de águas” e palco de profundas mudanças no país tanto no cenário político, como no econômico e social, o período que durou aproximadamente 15 anos e iniciou em 1930, ficou conhecido como Era Vargas e foi governado por Getulio Vargas. O processo de industrialização e urbanização pode ser considerado como as principais características na alteração da história do Brasil neste período. Também não podemos deixar de destacar o surgimento das primeiras iniciativas de políticas sociais e da redefinição do papel do Estado, que:

[...] de maneira resumida, pode ser definido como de promotor do desenvolvimento (política keynesiana) e, principalmente, de políticas públicas que compensassem as perdas sofridas pelos indivíduos no processo produtivo, perdas essas que não podiam ser reparadas pelo salário: previdência social, atenção medica, educação, transporte, lazer e moradia

passaram a ser, progressivamente, entendidos como de responsabilidade do Estado. (WESTPHAL; ALMEIDA, 1995, p. 17)

Segundo Lavinias e Varsano (1997, apud PEREIRA, 2000, p.125), as políticas sociais no Brasil “tiveram a sua trajetória em grande parte influenciada pelas mudanças econômicas e políticas ocorridas no plano internacional e pelos impactos reorganizadores dessas mudanças na ordem política interna”.

Bravo (2008a, p.91) citando Braga e Paula (1986), afirma que dentre as principais alternativas tomadas por parte do Estado para a saúde no período de 1930 a 1940 foram: ações de combate as endemias e campanhas sanitárias, criação de serviços de combate às doenças como a febre amarela e a malária e ainda “a coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, em 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde.”

Ainda nesta época, destaca-se a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que veio para substituir as antigas CAPs e estender os benefícios para um número maior de trabalhadores. Percebe-se que os serviços de saúde ainda estavam atrelados à questão previdenciária.

Também foi na década de 1930 que surgiram os Departamentos Estaduais de Saúde, que mais tarde transformaram-se nas atuais Secretarias Estaduais de Saúde e gradativamente uma rede de centros e postos de saúde foram sendo implantados com a finalidade de realizar ações para o combate e o controle de doenças infecto-contagiosas.

Do mesmo modo, o Ministério da Saúde também é uma criação deste período (1953) e surgiu justificado pelo incremento considerável das ações de saúde e daí a necessidade de uma estrutura própria para fortalecer as ações em saúde pública.

Uma importante característica dos serviços de saúde nesta época é a finalidade lucrativa verificada através da expansão de estruturas de atendimento hospitalar, conformando um modelo de saúde que ficou conhecido como modelo médico-assistencial privatista.

No período seguinte, a partir de 1964, com o golpe militar, o país foi governado através da ditadura e segundo Bravo (2008a, p.93) os problemas estruturais além de não terem sido resolvidos, aprofundaram-se e tornaram-se mais complexos. A contenção salarial, o êxodo rural, o sucateamento dos serviços de saúde pública e a ênfase na privatização destes serviços são algumas das particularidades deste período, que ficou conhecido como modelo nacional desenvolvimentista, com o crescente aumento de parques industriais e indústrias automotoras. Novamente o papel do Estado foi remodelado, com a finalidade de aumentar o

poder de regulação deste sobre a sociedade e de suavizar as tensões sociais presentes na sociedade brasileira marcada pela repressão e pela censura.

Em 1966, todos os IAPs foram concentrados num único órgão, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o que significou a uniformização dos benefícios que variavam conforme as categorias e a ampliação da cobertura de beneficiados. O INPS permitiu o processo de extensão da cobertura previdenciária, tendo sido incluídos os trabalhadores rurais, os autônomos e trabalhadores domésticos. Por outro lado, sua criação desencadeou um declínio dos serviços de saúde pública e as ações de medicina previdenciária, individual e curativa ganharam ênfase.

O destaque e o privilegiamento destas ações são explicados pelo crescimento das indústrias farmacêuticas e de aparelhamento hospitalar e pela organização dos serviços de saúde orientados pela lucratividade e pelo interesse estatal no capital internacional. A lucratividade orientava a organização dos serviços e da prática médica e com isso acentuavam-se “[...] as desigualdades quanto ao acesso, à qualidade e à quantidade de serviços prestados às populações urbanas e rurais [...]” (WESTPHAL; ALMEIDA, 1995, p. 25).

Em suma, a década de 1970 é caracterizada pela lógica de Estado, enquanto grande financiador da saúde, através da Previdência Social, e no setor privado e internacional, enquanto prestador dos serviços médicos e produtor dos equipamentos e medicamentos, respectivamente. O modelo vigente no país era o médico assistencial-privatista.

Nesta conjuntura, tem início um processo de questionamento da política do governo em relação à saúde e de reforma na estrutura organizacional nas políticas de saúde, o que gerou um movimento que lutava pela Reforma Sanitária. Também é do final dos anos 1970, o início da Reforma Psiquiátrica cujo objetivo era a superação da violência asilar e a proposta de uma nova forma de cuidado e tratamento ao portador de transtornos mentais.

1.1 A Reforma Sanitária

No final da década de 1970 cresce a discussão sobre a necessidade de reforma nas políticas de saúde e das práticas governamentais que vieram sendo desenvolvidas até então neste setor. Era um movimento composto por vários atores e representantes de organizações da sociedade civil que questionavam a assistência à saúde prestada por parte do Estado que

até então estava unicamente preocupado com os interesses privados, privilegiando o produtor privado, como descreve Bravo (2008a, p.41):

“[...] o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal, com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital.

Este movimento ficou conhecido como Reforma Sanitária e se propôs a pensar e debater sobre as propostas governamentais oferecidas ao setor como forma de alterar a situação da saúde pública no Brasil.

Dos atores que entraram em cena nesta conjuntura destacam-se: movimentos sociais urbanos, sindicalistas, profissionais de saúde, educadores e os partidos políticos de oposição, que juntos iniciaram um debate sobre questões como: a concepção de saúde que se tinha até então; a proposta da saúde como direito universal e dever do Estado; a municipalização da saúde ou a descentralização do poder de decisão que antes pertenciam a União e aos estados; a efetivação do financiamento para o setor, e a criação dos Conselhos de Saúde, enquanto mecanismos de gestão e de controle social. Além disso, o movimento tinha como estratégia a proposta de reestruturação do setor através do Sistema Único de Saúde, o SUS.

A Reforma Sanitária significou principalmente um reordenamento das relações entre Estado e sociedade civil, em que a participação popular tornou-se o agente principal desta resignificação, estabelecendo uma proposta de mudança social e de transformação da situação da saúde do Brasil. Estas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas toda a área da saúde, com vistas a melhoria das condições de vida da população.

Este movimento que começou no início da década de 1970 teve seu marco vital em 1986 com a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada em Brasília, e que contou com o número de aproximadamente cinco mil participantes. A realização desta conferência é destacada por que pela primeira vez se abrem os espaços para a participação popular. Num primeiro momento anterior a realização da conferência nacional, foram realizadas pré-conferências em quase todos os estados brasileiros, seguindo os temas previamente estabelecidos, sendo eles: “I - A Saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; II – Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e III- Financiamento setorial” (BRAVO, 2008a, p. 96).

A partir da 8ª CNS, se estabelece o que ficou conhecido como conceito ampliado de saúde, que define a saúde enquanto resultante das condições de habitação, alimentação, lazer, educação, renda, meio ambiente, acesso a serviços de saúde.

Como resultado da 8ª CNS, foi elaborado um relatório com a sistematização de recomendações de mudanças para o setor de saúde, que deu origem ao Projeto de Reforma Sanitária, que no ano seguinte à realização da Conferência, em 1987, seria levado à Assembléia Nacional Constituinte, palco de disputas de poder e de interesses contraditórios.

Nesta arena política de conflitos, os interesses se dividiram em dois blocos: de um lado o bloco conservador composto pelos grupos empresariais e industriais que eram hegemônicos, tendo como articuladores a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e a Associação de Indústrias Farmacêuticas e do outro lado, os defensores da Reforma Sanitária, representados pela Plenária Nacional de Saúde.

Em 1987, foi apresentada à Assembléia Constituinte, a proposta de emenda popular, levada pelo médico Sergio Arouca, escolhido pela plenária de saúde para representá-la na Assembléia. A proposta de emenda popular foi assinada por mais de 50 mil eleitores, representando cerca de 170 entidades, reunindo sindicatos, parlamentares, partidos políticos e entidades profissionais, movimentos sociais, associações de usuários e outros.

Foi em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, que o Sistema Único de Saúde foi criado e a Saúde inscrita na Seção II da Constituição, que inicia seu artigo 196 definindo a saúde como direito de todos e dever do Estado:

Art.196º- A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CRESS 7ª Região, 2000, p. 43).

Grande parte das propostas apresentadas pelo projeto da Reforma Sanitária foram incorporadas no Documento Constitucional.

A partir de então a política de saúde, junto com as políticas de previdência e assistência social passam a compor o tripé da Seguridade Social, que está inscrita no Capítulo “Da Ordem Social” e que segundo a própria Constituição Federal define como: “um conjunto integrado de ações e iniciativas dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (CRESS 7ª Região, 2000, p. 41).

O SUS foi regulamentado em 1990 pela Lei Orgânica da Saúde composta pelas leis 8.080, de 19 de setembro de 1990 e 8.142, de 27 de dezembro de 1990. Entre seus princípios estão a universalidade, reconhecendo a saúde como um direito fundamental do ser humano e

dever do Estado; a integralidade, enquanto cuidado do indivíduo como um todo, englobando ações de promoção, recuperação e proteção da saúde; a equidade, enquanto busca da diminuição das desigualdades de acesso aos serviços de saúde; a descentralização dos recursos, garantindo a qualidade dos serviços próximos dos usuários que deles necessitam, e o controle social, incentivando a participação popular, criando canais de participação da população na gestão do SUS, através dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional.

Paim (1999) explica que a Reforma Sanitária utilizou-se de três caminhos para tornar viáveis suas propostas, sendo: o caminho que chamou de *legislativo-parlamentar* referente à criação das bases jurídicas e legislativas para sua implantação que enquadra a aprovação do capítulo referente à Saúde na Constituição Federal, a criação das Leis Orgânicas e da legislação sobre o SUS; o segundo caminho que concerne a *mobilização e participação popular*, através dos conselhos de saúde; e o terceiro, o caminho *técnico-institucional*,

[...] no sentido de facilitar a travessia de um sistema de saúde descoordenado, centralizado e fracionado em múltiplas instituições públicas e organizações privadas para um Sistema Único de Saúde de caráter público, descentralizado e complementado pela iniciativa privada. "(PAIM, 1999, p. 474).

Assim como a Reforma Sanitária nasceu da indignação coletiva com o descaso para com os serviços de saúde que se aprofundou ainda mais na ditadura militar, uma outra reforma também se originou neste contexto de insatisfação e de mudanças tão significativas na área da saúde. Estamos falando do movimento pela Reforma Psiquiátrica.

1.2 A Reforma Psiquiátrica e a atual Política de Saúde Mental no Brasil

O processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, fundado no final da década de 1970, propõe a superação da prática asilar e das denúncias de maus-tratos institucionais, sugere a criação de outros e novos espaços para tratamento de pessoas com transtornos mentais, que não somente a internação em hospitais.

Até então o modelo psiquiátrico vigente era o biomédico, baseado na hospitalização, na vigilância, no controle e disciplina como forma de tratamento. Constatamos tais características na passagem em que Amarante (2007, p.61-62) cita o artigo 32 dos estatutos dos primeiros 'hospícios' no Brasil:

- 1º - A privação de visitas, passeios e quaisquer outros recreios;
- 2º - A diminuição de alimentos, dentro dos limites prescritos pelo respectivo Facultativo;
- 3º - A reclusão solitária, com a cama e os alimentos que o respectivo Clínico prescrever, não excedendo a dois dias, cada vez que for aplicada;
- 4º - O colete de força, com reclusão ou sem ela;
- 5º - Os banhos de emborcação, que só poderão ser empregados pela primeira vez na presença do respectivo Clínico, e nas subseqüentes na da pessoa e pelo tempo que ele designar.

No ano de 1978, considerado como o ano de início efetivo da luta pelos direitos das pessoas com transtornos psiquiátricos no país, foi criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Neste mesmo ano o movimento iniciado no Rio de Janeiro se espalhou tomando o âmbito nacional. Era um movimento formado por integrantes do movimento sanitário, por pacientes psiquiátricos, familiares, sindicalistas e profissionais de saúde. A participação popular, característica acentuada dos movimentos deste período da história, que coincide com o fim da ditadura militar, período das grandes estruturas hospitalares e manicomiais públicas e privadas, e o início da democracia e da participação social, impulsionada principalmente pela introdução do capítulo da saúde na Constituição de 1988 .

O Movimento passa a colocar em evidência e publicizar a denúncia de violência dos manicômios, da supremacia de uma rede privada de assistência às pessoas com transtornos mentais, a crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo vigente, o hospitalocêntrico e a mercantilização da loucura.

A experiência italiana, cujo mais expressivo protagonista foi o médico psiquiatra Franco Basaglia, que na década de 1960 propôs a reforma do hospital psiquiátrico de uma pequena cidade chamada Gorizia, na Itália, serviu de inspiração para o movimento no Brasil.

A experiência italiana formulou:

[...] um pensamento e uma prática institucional absolutamente originais, voltadas para a idéia de superação do aparato manicomial, entendido não apenas como a estrutura física do hospício, mas como o conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentam a existência de um lugar de isolamento e segregação e patologização da experiência humana (AMARANTE, 2007, p. 56).

A proposta do movimento no Brasil, assim como no da Itália, não era somente a desinstitucionalização em si, mas também a criação de serviços e dispositivos substitutos ao modelo hospitalocêntrico. Ou seja, não se tratava apenas de fechar os hospitais psiquiátricos e

colocar todos os doentes nas ruas, significava a criação de serviços alternativos, não centrados na exclusão e no confinamento destas pessoas acometidas por transtornos mentais.

Em 1987 é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro, como desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Neste mesmo ano, acontece o II Congresso Nacional do MTSM, cujo lema adotado foi: “*por uma sociedade sem manicômios*”. Surge também o Movimento da Luta Antimanicomial, que instituiu o dia 18 de maio como dia da luta antimanicomial, que passou a promover todos os anos no país, atividades culturais, políticas e acadêmicas com o objetivo de provocar a sociedade a participar e debater sobre o tema da saúde mental. A comemoração da data no mês de maio é uma alusão ao dia 13 de maio de 1978, em que o Parlamento Italiano aprovou a Lei 180, que reorganizou a assistência às pessoas com transtornos mentais no país. A experiência italiana é conhecida como a mais bem sucedida reforma do campo da saúde mental.

Ainda no ano de 1987, surgem os primeiros serviços alternativos à internação psiquiátrica, os Centros de Atenção Psicossocial, CAPS, e também a criação dos Núcleos de Atenção Psicossocial, NAPS, que funcionam 24 horas, ambos os serviços de atenção ambulatorial.

No ano de 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país, do deputado do Partido dos Trabalhadores de Minas Gerais, Paulo Delgado. Assim se inicia efetivamente as propostas de políticas de saúde mental no Brasil.

A partir da década de 1990, começam a entrar em vigor as primeiras normas federais de regulamentação de serviços extra-hospitalares, orientadas pela experiência de funcionamento dos primeiros CAPS e NAPS. As propostas da Reforma Psiquiátrica começam a avançar marcadas por uma série de acontecimentos, como a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em novembro de 1992, em Brasília, a assinatura da Declaração de Caracas, em que o Brasil firmou o compromisso de reorientar o modelo assistencial para a saúde mental, seguindo uma tendência mundial e ainda uma maior definição da política do Ministério da Saúde para a saúde mental.

Apesar da criação de normatizações do Ministério da Saúde para regulamentação dos serviços de atenção diária, estas não definem uma linha específica de financiamento para criação dos CAPS e NAPS e também não determinam as normas para fiscalização dos hospitais psiquiátricos e a redução gradual dos leitos nestes hospitais.

Assim, segundo fontes do Ministério da Saúde, ainda neste período cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a saúde mental são destinados aos hospitais

psiquiátricos, indo de encontro à proposta de substituição progressiva destas instituições. Aproximadamente 208 CAPS estão em funcionamento no país nesta época (BRASIL, Ministério da Saúde, 2005).

A Lei Paulo Delgado, ficou conhecida por ser o projeto de lei que mais tempo tramitou no Congresso Nacional: por 12 anos. E somente em 2001, a lei é sancionada no Brasil, com algumas modificações da proposta original. A proposta de criação da lei no final da década de 1980 marca o início das lutas do movimento pela Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo.

Porém, anterior a aprovação da Lei nº 10.216, um conjunto de portarias e normatizações são criados, relativos à implementação da rede de serviços extra-hospitalares, entre elas: a portaria ministerial nº 224 de 29 de janeiro de 1992, que regulamenta os Hospitais-Dia, os CAPS, os NAPS, as oficinas terapêuticas e o atendimento ambulatorial; portaria nº 106, de fevereiro de 2000, que estabelece a criação dos serviços de residências terapêuticas, destinadas a acolher pessoas egressas de hospitais psiquiátricos, que ficaram internadas por um longo período de tempo, e portadoras de transtornos mentais graves que não possuam uma rede de apoio social efetiva.

Assim, em abril de 2001, é promulgada a Lei Federal 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 e define em seu artigo 3º, a responsabilidade do Estado no desenvolvimento da política de saúde mental com a devida participação da sociedade e da família.

Logo após a promulgação da Lei nº 10.216, é convocada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro do mesmo ano. Foram realizadas etapas municipais e estaduais marcadas pela ampla participação de movimentos sociais, de usuários e seus familiares, com a estimativa de participação de mais de 23.000 pessoas. Ao término da Conferência foi elaborado o Relatório Final, que confere aos CAPS o papel estratégico de direcionar as políticas e programas de saúde mental, que orienta a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas (que veremos adiante) e ainda que estabelece o controle social como agente fundamental na garantia e efetivação das propostas da Reforma Psiquiátrica.

A partir de então a política de saúde mental do governo federal passa a consolidar-se, ganhando maior ênfase e visibilidade. E outras ações continuaram a serem efetivadas, como a homologação da Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que institui o auxílio Reabilitação Psicossocial, o Programa “*De Volta para Casa*” que tem por objetivo a inserção social de

peças com transtornos mentais que ficaram por um período ininterrupto de dois ou mais anos internadas em hospitais psiquiátricos. Também é de 2003 a Portaria nº 1455, que define incentivo financeiro para os CAPS, variando conforme o tipo de serviço. Em 2005, é instituída a Portaria nº 246, em 17 de fevereiro, que estabelece o incentivo financeiro para a implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos.

Em 1º de julho do mesmo ano, foi criada a Portaria nº 1.028, que regulamenta as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência. Outras leis, portarias e decretos, nacionais, estaduais e municipais começaram a serem criadas referentes a questão do uso e abuso de álcool e outras drogas, como veremos mais tarde.

Com a criação da Lei nº 10.216 um novo modelo de assistência ao tratamento de pessoas acometidas por transtornos mentais passou a ser priorizado em detrimento do antigo modelo asilar. O modelo Psicossocial visa à substituição gradativa das internações psiquiátricas, em que se ressalta não ser uma tarefa das mais fáceis, dado os mais de trezentos anos de práticas centradas na institucionalização. Inaugura-se uma fase de mudanças de paradigmas, de práticas e de saberes voltados a superar o modelo manicomial e reforçar princípios como cidadania, liberdade, autonomia, inserção social e outros.

Confirmamos tal objetivo no artigo 4º da citada lei, que afirma que a “internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem ineficientes.” (BRASIL, Ministério da Saúde, 2005, p.55).

O texto da lei trás ainda a questão da reinserção social e o convívio comunitário, considerados finalidade permanente do tratamento e objetivo fundamental dos CAPS. Para a efetivação destas propostas no campo da saúde mental, passa a ser de fundamental relevância a construção de uma rede de atenção ambulatorial e de atuação comunitária, composta por serviços que promovam ações voltadas para a atenção, prevenção, tratamento e reabilitação psicossocial em Saúde Mental.

Para pensarmos e entendermos este conceito de Rede, presente no campo da saúde mental, é relevante primeiramente entendermos a noção de território que vai buscar a organização desta rede de Atenção em Saúde.

Quando falamos em território não estamos falando apenas da área geográfica, dos bairros, vilas e ruas que compõem uma cidade, Estado e país. Falar em território é falar das pessoas, instituições, das relações sociais que estão presentes na vida em sociedade. “É essa noção de território que vai buscar organizar uma rede de atenção às pessoas que sofrem

transtornos mentais e suas famílias, amigos e interessados.” (BRASIL, Ministério da Saúde, 2004, p.11).

A rede de atenção à Saúde Mental é composta pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), pelos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), pelas Unidades Básicas de Saúde, pela Estratégia de Saúde da Família, Associações de bairro, escolas, igrejas, Ambulatórios e Hospitais Gerais, enfim, todos os recursos sanitários, sociais, de lazer, culturais e religiosos são chamados a compor a rede e potencializar os esforços no cuidado e na promoção psicossocial, configurando assim, o princípio da intersetorialidade.

Assim sendo, é necessário que a rede de saúde esteja articulada não somente aos serviços de saúde, mas também aos diversos equipamentos da cidade, garantindo assim a promoção da autonomia e da cidadania e a reinserção social de pessoas com transtornos mentais, segundo o que preconiza a missão dos CAPS, que é favorecer o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e seus familiares.

É a Portaria nº336/GM, de 2005 que estabelece as normas aplicáveis aos CAPS e situa as modalidades de serviços divididos em: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad, definidos por nível de complexidade e abrangência populacional, sendo respectivamente: municípios com população entre 20 e 70 mil habitantes, municípios com população entre 70 e 200 mil habitantes e populações acima de 200 mil habitantes para os CAPS III E CAPSi, já os CAPSad são previstos para municípios com população superior a 70 mil habitantes. O horário e funcionamento nos fins de semana também dependem do tipo de Centro.

A portaria indica ainda as atividades que os CAPS devem oferecer, a composição das equipes multidisciplinares e a atribuição dos Centros de supervisionar e regular a rede de serviços de saúde mental.

Portanto, os CAPS vão funcionar como articuladores da rede, atuando na atenção direta aos usuários, articulados às equipes de Estratégia de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde. Mas também devem funcionar como estratégias de promoção da autonomia e cidadania dos usuários, articulados aos serviços existentes nas demais redes, como “[...] sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas, etc.”. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2004, p.12).

Nesta direção a proposta dos CAPS é prestar atendimento à população de seu território de abrangência, oferecendo acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários, promovida pelo acesso ao trabalho, ao lazer e através do exercício dos direitos civis e fortalecimentos dos laços familiares e comunitários.

As pessoas atendidas nos CAPS são aquelas que apresentam intenso sofrimento psíquico, que lhes impede de viver com qualidade, prejudicando em vários aspectos da sua vida: a área familiar, do trabalho, financeiro e econômico, suas relações com amigos e na comunidade. Este sofrimento psíquico pode ser decorrente do abuso de substâncias psicoativas (álcool e drogas) ou transtornos mentais em crianças e adolescentes, por exemplo, nestes casos respectivamente os usuários são atendidos pelos CAPSad e CAPSi.

Um fator que merece destaque no atendimento em CAPS é a forma com que cada indivíduo é tratado nas suas particularidades, a construção do processo de tratamento em comum acordo, um tratamento personalizado, o envolvimento do usuário no processo terapêutico. Como afirma Amarante (2007), é o protagonismo daquele que anteriormente era apenas um 'paciente'.

Este protagonismo torna-se claro no momento da confecção do projeto terapêutico do usuário quando este inicia o tratamento, é como um acordo entre o profissional/instituição e o usuário, levando sempre em consideração as habilidades, a opinião, as dificuldades, o conhecimento e o interesse do usuário em participar das atividades. Esta característica do tratamento nos CAPS torna-se claramente relevante se imaginarmos o caso de um paciente com dificuldade de se relacionar socialmente ou falar em público em não ser indicado no seu projeto terapêutico para participar de reuniões de grupo, ao invés, participar de uma oficina ou atendimento individual.

No projeto terapêutico o usuário pode ser indicado a participar das atividades nos regimes Intensivo, Semi-Intensivo e Não-Intensivo, conforme determina a Portaria GM nº336¹:

- **Atendimento Intensivo:** trata-se de atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário;
- **Atendimento Semi-Intensivo:** nessa modalidade de atendimento, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Essa modalidade é oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário;

¹ Portaria GM/336 disponível na Cartilha do Ministério da Saúde: *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*, 2004.

- **Atendimento Não-Intensivo:** oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendida até três dias no mês. Esse atendimento também pode ser domiciliar.

A Portaria nº336, também determina sobre o espaço físico dos CAPS que deve contar com espaço próprio e preparado para atender sua demanda específica. A orientação é que os CAPS privilegiadamente sejam localizados em bairros residenciais e suas instalações tenham características de domicílios, proporcionando um ambiente acolhedor e inserido no bairro, contudo, esses locais devem contar com os seguintes recursos físicos: consultórios para atendimento individual, sala para atividades em grupo, sanitários, refeitório, espaço de convivência e área externa para oficinas, recreação e esporte.

Cada CAPS tem suas próprias características quanto aos tipos e números de profissionais que irão compor a equipe e todos os CAPS devem obedecer à exigência da diversidade profissional determinada pela legislação. Diversos profissionais de nível médio e superior podem compor a equipe interdisciplinar de um CAPS, que podem ser: técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, educadores, artesãos, técnicos administrativos e ainda equipe de serviços gerais, limpeza e vigilância, de ensino médio, já os profissionais de ensino superior são: os enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos, pedagogos, terapeutas ocupacionais, professores de educação física ou outros necessários para as atividades oferecidas pelos CAPS.

O usuário pode chegar ao tratamento nos CAPS de duas maneiras: por busca espontânea, procurando diretamente o serviço, por indicação de familiar e amigos, ou encaminhado por algum serviço da rede de atenção, mais habitualmente pela Estratégia de Saúde da Família.

Freqüentemente os municípios possuem fluxos de encaminhamentos, mas é necessário destacar que comumente as pessoas procuram atendimento na Atenção Básica, nas unidades de saúde, recorrem aos agentes comunitários de saúde, por sua proximidade com a comunidade. Contudo, nem sempre as equipes de Saúde da Família conseguem dar conta de atender esta demanda e é necessário fazer o encaminhamento para a Média Complexidade, que são os serviços de CAPS.

No entanto, este paciente dependendo do grau de sofrimento psíquico, pode continuar a ser atendido na unidade de saúde e para isso a equipe da Atenção Básica pode contar com o apoio matricial da equipe de Saúde Mental. As ações de matriciamento serão explicadas no

próximo item, sobre a Saúde Mental no município de Florianópolis, que tem as ações de matriciamento reconhecida pelo Ministério da Saúde como experiência exitosa em 2008², considerada como exemplo de organização e planejamento de ações. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda o tratamento de transtornos mentais leves na Atenção Básica, integrando as equipes de Saúde da Família e de Saúde Mental, seguindo a lógica matricial. O que é e como funciona está lógica é o que veremos a seguir.

1.3 A Rede de Atenção à Saúde Mental em Florianópolis: o modelo de Apoio Matricial e o Protocolo de Atenção à Saúde Mental

Como vimos anteriormente, o surgimento da Reforma Sanitária, da Reforma Psiquiátrica e a estruturação do próprio sistema de saúde, SUS, desencadearam um processo com vistas a mudanças radicais no modelo de assistência à saúde, visando a superação do hospital psiquiátrico como única forma de tratamento e a criação de novos dispositivos alternativos à essa prática. Ou melhor, a criação de uma rede de dispositivos e serviços de saúde mental.

Para entendermos como se estruturou a rede de atenção à saúde mental no município de Florianópolis e como ocorre o apoio matricial neste município é necessário primeira e rapidamente relembremos o que é e como é desenvolvida a Estratégia de Saúde da Família (ESF), considerada o nó essencial das redes de atenção à saúde.

A descentralização dos serviços de saúde proposta pelo SUS torna os municípios os principais responsáveis pela gestão da rede de serviços de saúde. Nesta direção, visando a intervenção profissional em saúde mais próxima das comunidades e das famílias, é criado o Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, e que posteriormente passou a ser denominado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma política de âmbito Nacional, criada pelo Ministério da Saúde para reestruturar os serviços de saúde nos municípios.

A ESF se destina “à realização de ações que envolvem territorialização, visita domiciliar, educação em saúde e agendamento de consultas, o que garante acesso e agilidade na assistência a ser prestada pelas equipes de saúde” (MACHADO et. al., 2006, p.126). O grande diferencial do trabalho das equipes de saúde da família é a aproximação destas com as

² Fonte: Revista Brasileira de Saúde da Família, ano IX, n.19 (Jul./Set. 2008).

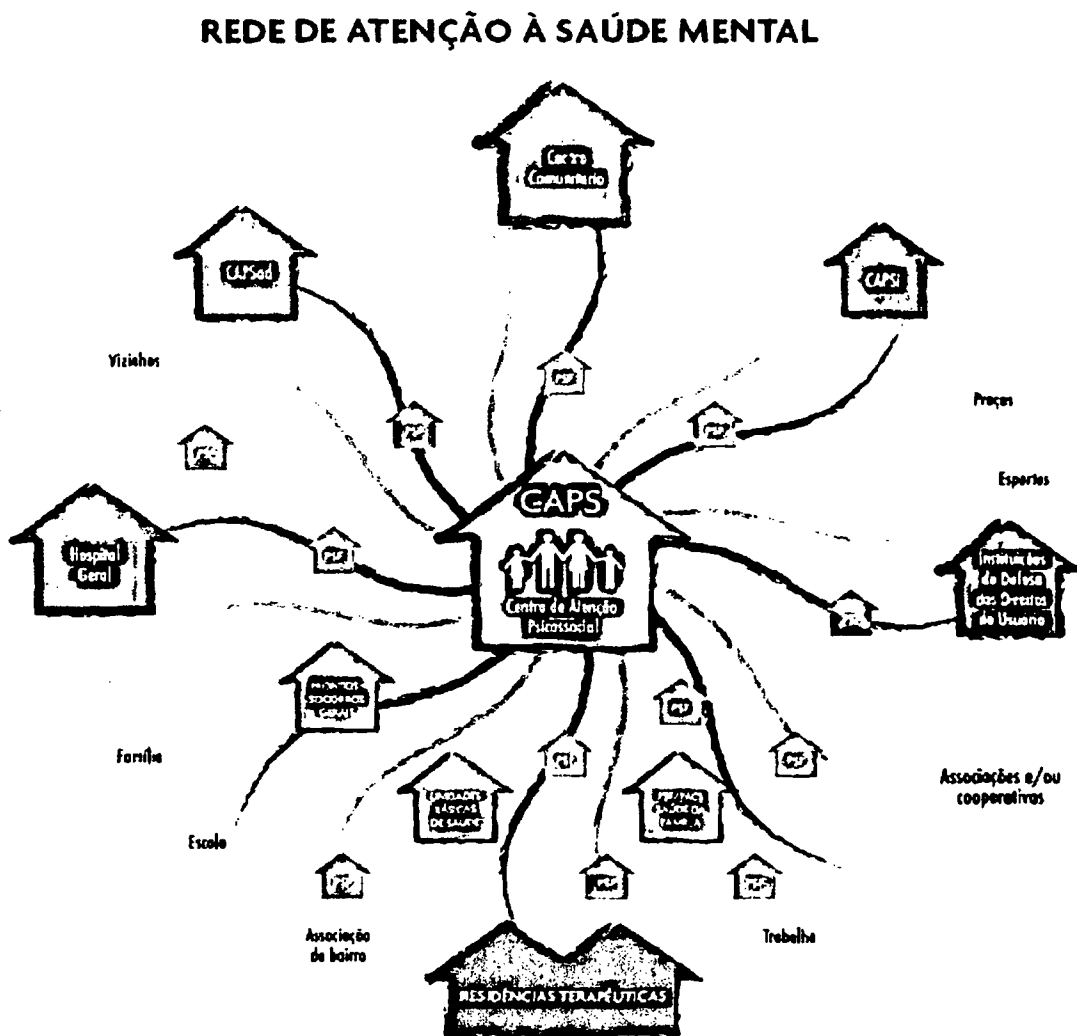
pessoas dentro das comunidades, o que possibilita a construção de vínculos e de compromissos entre o profissional de saúde e o usuário.

A ESF prioriza ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua (ANDRADE et al. 2006, p. 69). As equipes de saúde da família realizam um trabalho multidisciplinar, compondo as equipes, profissionais da medicina, enfermagem, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Segundo dados do Ministério da Saúde, os municípios que possuem a ESF adequadamente implantadas e com recursos humanos altamente capacitados, são capazes de atender 85% dos casos de saúde, tendo a função de responsabilizar-se pela saúde da população adscrita, evitando neste sentido, a demanda excessiva e a saturação dos níveis secundários e terciários de atenção à saúde.

Neste sentido, Souza (2000, p.25) explica que a Estratégia de Saúde da Família, “propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial”.

Para a efetivação de tais práticas é necessário a integração das ações da Estratégia de Saúde da Família, dos Ambulatórios de Saúde Mental, dos Serviços Residenciais Terapêuticos, dos Hospitais Gerais e dos CAPS, sendo que estes dispositivos possuem a tarefa de articular e tecer a rede de atenção em saúde mental, interligando os diversos serviços de saúde com outras redes sociais e outros setores presentes num dado território, formando uma rede, como mostra a figura a seguir:

Figura 1³: Modelo de Atendimento de Base Territorial:



Assim, trata-se de um modelo que privilegia o cuidado do indivíduo com sofrimento psíquico no território em que ele desenvolve suas relações sociais, evitando assim o enfraquecimento ou a quebra destas relações, ocasionadas muitas vezes pelo afastamento deste sujeito da família e da comunidade, substituindo o isolamento e a hospitalização como únicas formas de tratamento como considerava o modelo assistencial antigo.

No município de Florianópolis, este panorama centrado no modelo hospitalocêntrico permaneceu o mesmo até meados da década de 1990. Sendo que a única referência no tratamento de pessoas com transtornos mentais até então, era o Hospital Psiquiátrico Colônia Santana, localizado no município de São José.

³ Fonte: Brasil (2004)

Foi somente em 1995, que Florianópolis seguindo a tendência da Reforma Psiquiátrica implantou seu primeiro serviço alternativo, o então NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial) que mais tarde passou a ser chamado de CAPS II, Ponta do Coral (CAPS para atendimento diário de adultos com transtornos mentais severos e persistentes).

Posteriormente foram implantados também no município um CAPSi, destinado ao atendimento de crianças e adolescentes e um CAPSad, que inicialmente foi criado para atendimento de crianças e adolescentes com problemas com álcool e outras drogas, sendo que mais tarde houve uma alteração no seu público-alvo, como veremos mais adiante.

O município conta ainda com cinco equipes de referência em Saúde Mental, compostas por psiquiatras e psicólogos, e que fazem o apoio matricial às equipes de Saúde da Família. O sistema de saúde municipal conta com 49 Unidades Básicas de Saúde⁴, 87 Equipes de Saúde da Família e está organizado em 05 Regionais de Saúde e cada equipe de Saúde Mental é responsável por fazer o matriciamento em uma regional de saúde, sendo cinco regionais ao total: Continente, Centro, Leste, Sul e Norte.

Na realidade, as equipes de Saúde Mental funcionam com uma ponte entre a atenção básica e a atenção secundária (serviços especializados como os CAPS, por exemplo), privilegiando os serviços comunitários no tratamento de pessoas portadoras de transtornos mentais.

O documento elaborado pela Secretaria de Saúde de Florianópolis, em 2008, o ‘Protocolo de Atenção à Saúde Mental’, descreve o objetivo das equipes de Saúde Mental,

A idéia central é de que estes profissionais possam, além do atendimento, prestar assessoria em saúde mental aos demais profissionais das Unidades Locais de Saúde (ULS) em cada regional, fazendo também a triagem de encaminhamento aos casos graves de saúde mental que serão atendidos nos CAPS, como equipes móveis de cada Regional de Saúde.

O apoio matricial é um arranjo organizacional que tem a função de prestar suporte técnico às equipes de saúde da família, visando a lógica da responsabilidade compartilhada entre a equipe de Saúde Mental e as equipes de ESF. Esta forma de co-responsabilização exclui a lógica de encaminhamentos indiscriminados, em que muitas vezes o usuário “se perde” entre um encaminhamento e outro e propõe a resolutividade de questões de saúde pela própria equipe local. Um conceito muito usado nesta circunstância é a *ampliação da clínica*, que significa levar em conta outras dimensões na avaliação clínica de um caso, que não

⁴ Dados da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis: <http://www.pmf.sc.gov.br/saude/> Acesso em: out. 2009.

somente a biológica e dos sintomas, assim os riscos sociais, por exemplo, são considerados quando na discussão de um caso pelas equipes de ESF e de Saúde Mental (BRASIL, Ministério da Saúde, 2004).

Ainda no Protocolo de Atenção à Saúde Mental de Florianópolis são elencadas algumas ações fundamentais realizadas pelas equipes de saúde mental, entre elas: identificar e acompanhar os casos que necessitam de uma ampliação da clínica, enfocando o tratamento comunitário; desenvolver ações conjuntas com as equipes de ESF, tendo como apoio os CAPS, quando se tratar de casos severos ou graves; priorizar atendimentos e abordagens coletivas e de grupos; acompanhar usuários que não necessitam mais de atendimento em CAPS ou Hospitais Psiquiátricos e ainda articular os recursos existentes na comunidade como grupos de auto-ajuda, escolas, centros de convivência, entre outros, para estabelecer ações conjuntas de promoção de saúde e acompanhamento às pessoas em sofrimento psíquico.

Estes espaços de “troca” entre a ESF e as equipes de Saúde Mental ou como é chamado de matriciamento ocorre em reuniões periódicas e formais onde os casos são discutidos em conjunto, são definidas ações e estratégias e feito os encaminhamentos necessários. Veremos um pouco mais sobre as reuniões de matriciamento quando na apresentação da instituição CAPSad de Florianópolis, tendo em vista que o serviço também participa das reuniões de matriciamento.

Registra-se que até o primeiro semestre de 2009, a Secretaria de Saúde do município utilizava a terminologia “Regional de Saúde”, após este período passou-se a adotar a proposta dos “Distritos Sanitários”, que propõe a organização dos serviços e estabelecimentos numa verdadeira rede, reconhecido como,

[...] unidade operacional e administrativa mínima do sistema de saúde, definida com critérios geográficos, populacionais, epidemiológicos, administrativos e políticos, onde se localizam recursos de saúde, públicos e privados, organizados através de um conjunto de mecanismos políticos institucionais com a participação da sociedade organizada para desenvolver ações integrais de saúde capazes de resolver a maior quantidade possível de problemas de saúde (ALMEIDA; CASTRO; VIEIRA, 1998, p. 15).

Também é deste ano, o início do funcionamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, o NASF, no município de Florianópolis. O objetivo destes núcleos é ampliar a abrangência e a finalidade das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. Os NASF são regulamentados pela Portaria nº154, de 24 de janeiro de 2008 e atuam em conjunto com as equipes de Saúde

da Família, no sentido de fortalecer estes serviços, evitando assim, a demanda excessiva que chega à atenção secundária e terciária de saúde.

A equipe mínima de um NASF é composta de no mínimo cinco profissionais, entre as categorias: médico acupunturista; assistente social; profissional da educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; e terapeuta ocupacional.

Os objetivos da equipe são descritos na Portaria nº154 que regulamenta a criação dos núcleos:

- identificar, em conjunto com as ESF e a comunidade, as atividades, as ações e as práticas a serem adotadas em cada uma das áreas cobertas;
- identificar, em conjunto com as ESF e a comunidade, o público prioritário a cada uma das ações;
- atuar, de forma integrada e planejada, nas atividades desenvolvidas pelas ESF e de Internação Domiciliar, quando estas existirem, acompanhando e atendendo a casos, de acordo com os critérios previamente estabelecidos;
- acolher os usuários e humanizar a atenção;
- desenvolver coletivamente, com vistas à intersetorialidade, ações que se integrem a outras políticas sociais como: educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras;
- promover a gestão integrada e a participação dos usuários nas decisões, por meio de organização participativa com os Conselhos Locais e/ou Municipais de Saúde;
- elaborar estratégias de comunicação para divulgação e sensibilização das atividades dos NASF por meio de cartazes, jornais, informativos, faixas, folders e outros veículos de informação;
- avaliar, em conjunto com as ESF e os Conselhos de Saúde, o desenvolvimento e a implementação das ações e a medida de seu impacto sobre a situação de saúde, por meio de indicadores previamente estabelecidos;
- elaborar e divulgar material educativo e informativo nas áreas de atenção dos NASF; e
- elaborar projetos terapêuticos individuais, por meio de discussões periódicas que permitam a apropriação coletiva pelas ESF e os NASF do acompanhamento dos usuários, realizando ações multiprofissionais e transdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada.

A seguir, faremos uma análise da inserção dos assistentes sociais na saúde e mais especificamente na área da Saúde Mental.

2 O SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE

Atualmente, as contratações de assistentes sociais nos serviços públicos de saúde têm aumentado significativamente, sendo esta área uma das que mais absorve profissionais de Serviço Social no país. Segundo Costa (2000), os assistentes sociais são a quarta categoria profissional de nível superior na composição das equipes de saúde, somente estando atrás dos médicos, enfermeiros e dentistas. Vale ressaltar que essa característica nem sempre foi assim.

Segundo Bravo e Matos (2008b), muitas Escolas de Serviço Social foram criadas motivadas por demandas da área da saúde durante o período de surgimento da profissão entre as décadas de 1930 e 1940, porém, esta área não era a que mais concentrava profissionais assistentes sociais.

Este quadro só foi alterado na conjuntura caracterizada pelo término da Segunda Guerra Mundial e pelo aprofundamento do sistema capitalista, que produziu uma relação de contradição entre trabalhadores e burguesia, desencadeou o agravamento das condições de vida e saúde da população, revelando novas expressões da “questão social”, exigindo assim uma intervenção por parte do Estado.

Iamamoto e Carvalho (1982, p. 77) explicam este novo papel do Estado, que:

Passa a intervir diretamente nas relações entre o empresariado e a classe trabalhadora, estabelecendo não só uma regulamentação jurídica do mercado de trabalho, através de legislação social e trabalhista específica, mas gerindo a organização e prestação dos serviços sociais, como um novo tipo de enfrentamento da questão social.

Gradativamente a ação profissional na área da saúde começa a se ampliar. A influência européia, que subsidia a profissão no âmbito das teorias e da ação profissional e que “trazia a noção de que o Serviço Social é uma vocação, atribuindo um caráter missionário e assistencialista à profissão” (GOMES, 2009, p.42) é substituída pela norte-americana, que tem como referencial teórico autores da Medicina, da Psicologia e da Psicanálise.

Nesta direção, a atuação do assistente social na área da saúde enfocava práticas educativas “com intervenção normativa no modo de vida da população-cliente” (BRAVO; MATOS, 2008b, p. 199), assim como o trabalho profissional, a produção do conhecimento e as entidades organizativas como: a Associação Brasileira de Assistentes Sociais, (ABAS, criada em 1940) e a Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social (ABESS, criada em 1946), tinham influência do bloco hegemônico conservador da profissão.

No que se refere à prática profissional, o assistente social vai atuar nos hospitais utilizando-se de ações como: plantões, triagem, encaminhamentos, orientações previdenciárias e concessões de benefícios.

No fim dos anos de 1950, início da década seguinte começam a surgir as primeiras manifestações, no meio profissional, que questionam as práticas interventivas e os referenciais conservadores da profissão (IAMAMOTO, 1995).

Sem adentrarmos numa análise maior sobre este movimento da categoria que se caracterizou na tentativa de *ruptura com a herança conservadora* da profissão, nos atemos a análise do Serviço Social na Saúde que partir de 1964, recebe influências da modernização implantada no país no período da ditadura, mudanças estas que incidem na ação profissional na área da saúde. O alicerce da ação do assistente social neste período é pautado na prática curativa, especialmente na assistência previdenciária, sendo que nesta época a Previdência Social era a área que mais concentrava assistentes sociais. A burocratização das atividades, a concessão de benefícios e a psicologização das relações eram as características marcantes da ação profissional neste período.

A década de 1980 foi sinalizada como período de grande mobilização política e atuação de vários movimentos da sociedade civil organizada. Apesar de o país ter sido governado por militares até 1985, esta conjuntura diferenciou-se dos governos anteriores, pois, neste momento, já era evidente a falência do regime ditatorial, face a articulação e mobilização da sociedade e a atuação dos movimentos populares (NETTO, 1996, apud BRAVO; MATOS, 2008b).

É somente a partir desse período começa a ocorrer a interlocução do Serviço Social com o pensamento marxista, que irá trazer mudanças também na prática profissional da área da saúde à medida em que ocorre uma maior qualificação teórica da profissão. O pensamento de Gramsci também é incorporado pelo debate da profissão, através das categorias de sociedade civil e Estado ampliado contribuirá de forma significativa neste debate.

A década de 1990 é marcada pela chegada do projeto neoliberal com mudanças significativas no mundo do trabalho e nas relações entre Estado e sociedade tendo como consequência um amplo processo de privatizações dos serviços públicos em nosso país. O Estado restringe suas ações através de políticas públicas focalistas e seletivas, destinadas a atender apenas uma parcela da população em extrema situação de pobreza. Percebe-se tal fato na explicação tecida por Iamamoto (2005, p.36):

As repercussões da proposta neoliberal no campo das políticas sociais são nítidas, tornando-se cada vez mais focalizadas (Draibe, 1993). Presencia-se a

desorganização e destruição dos serviços públicos em consequência do 'enxugamento do Estado' em suas responsabilidades sociais.

Nesta conjuntura, de esfacelamento dos sistemas de proteção social, as políticas sociais são objetos de um processo de reordenamento, de subordinação às políticas econômicas e de apelo à filantropia e à caridade da sociedade civil (YAZBEK, 1995, p.29).

Behring e Boschetti (2006) também falam sobre este novo aspecto adquirido pelas políticas sociais na atualidade e vai além, adotando o termo assistencialização para explicar sobre o repasse das responsabilidades do Estado para o Terceiro Setor (ONG's). As autoras colocam que a saúde vem sendo das políticas públicas a mais penalizada pelo ajuste fiscal brasileiro, em consequência do redirecionamento do fundo público e com as orientações neoliberais de que as taxas de juros sejam asseguradas, não há a efetiva garantia de destinação dos recursos para as políticas sociais.

Assim, o Serviço Social chega à década de 1990 com seu projeto profissional, construído ao longo da década de 1980 e em processamento até os dias de hoje (NETTO, 1999, p. 153), empenhado na intenção de ruptura da herança conservadora da profissão e comprometido com o:

reconhecimento da liberdade como valor central, com a *defesa* intransigente dos direitos humanos, ampliação e consolidação da cidadania, aprofundamento da democracia, posicionamento em favor da equidade e justiça social, garantia do pluralismo, empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, compromisso na construção de uma nova ordem social, articulação com os movimentos de outras categorias, compromisso com a qualidade dos serviços prestados e a ainda o exercício da profissão sem ser discriminado, nem discriminar, seja, por questões de cor, raça, classe social, idade e religião (CRESS, 7º região, 2000).

Notoriamente percebe-se a incompatibilidade do projeto ético-político da profissão e o já citado projeto da Reforma Sanitária, ambos comprometidos com a construção de práticas democráticas, universais e equânimes, com o projeto neoliberal preocupado em desresponsabilizar o Estado e resgatar características como o assistencialismo e o clientelismo típicas das primeiras iniciativas de políticas sociais elaboradas no Brasil.

Vasconcelos (2003, p.83) explicita mais sobre as mudanças no âmbito do Estado:

[...] diante do enxugamento do Estado para a saúde, educação, assistência social etc. e dos gordos financiamentos para grandes conglomerados obterem as estatais a serem privatizadas, temos a clareza de estarmos perante um Estado mínimo para o trabalho e máximo para o capital.

Assim, os dois projetos em disputa na área da saúde, o da reforma sanitária e o projeto privatista, pautado na política de ajuste, na hegemonia dos seguros privados e no exímio das

responsabilidades do poder central, apresentam diferentes requisições para o profissional de Serviço Social inserido nos serviços de saúde.

Enquanto que as demandas postas aos assistentes sociais pelo projeto da Reforma Sanitária se referem a questões como: atendimento humanizado, democratização do acesso aos serviços de saúde e às informações sobre estes, ênfase nos trabalhos em equipes interdisciplinares e abordagens grupais e estímulo à participação popular. As demandas colocadas aos mesmos profissionais pelo projeto privatista diz respeito à atuação e ação fiscalizatória dos planos de saúde, seleção socioeconômica dos usuários e predomínio de abordagens individuais (BRAVO; MATOS, 2008b, p. 206).

Com a percepção de que a política de saúde atual tem como base o projeto privatista hegemônico, registra-se a necessidade de profissionais “com uma formação teórico-prática, ética e política de qualidade” (VASCONCELOS, 2003, p. 88), comprometidos com a defesa da saúde pública enquanto direito de todo cidadão, como destaca o texto Constitucional e com a efetivação dos ideários da Reforma Sanitária, assim como preconiza um dos princípios do Código de Ética da profissão, que fala sobre a “articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que compartilham de propostas similares e se solidarizam com a luta geral dos trabalhadores” (NETTO, 1999, p. 156).

Inserido neste processo, o Serviço Social atualmente se vê desafiado a compreender e atuar nas novas manifestações da “questão social”, que se expressam através de temáticas como: trabalho infantil, desemprego, violência de gênero, de raça e violência doméstica, e ainda, transtornos mentais e uso, abuso e dependência de drogas, como veremos adiante.

2.1 O Serviço Social na Saúde Mental

Para uma contextualização do Serviço Social na área da Saúde Mental faz-se necessário remeter-se ao Serviço Social americano, que diferentemente do Brasil, teve sua inserção nos serviços psiquiátricos desde sua constituição como profissão.

Bisneto (2007, p.18) explica como teve início a atuação do Serviço Social no campo psiquiátrico:

[...] iniciou-se, nos Estados Unidos, pouco depois do Serviço Social nos hospitais [1905]. Tinha como função, no início, ajudar o paciente a se reajustar à vida normal; depois foram incluindo funções do assistente social

o estudo do ambiente familiar e profissional e a ajuda à família para aceitar o doente e prepará-la a recebê-lo depois da alta.

O “Serviço Social Psiquiátrico” atuava no reajustamento dos doentes mentais e em questões relacionadas ao tratamento médico em si, não considerando outros fatores como: questões socioeconômicas, relações familiares e comunitárias, ou seja, com uma visão restrita da doença mental, não considerando o indivíduo a partir de uma visão global.

Os referenciais teóricos utilizados pela profissão nos Estados Unidos vinham de teorias do funcionalismo, do higienismo e das psicologias, em especial da psicanálise.

Retomando ao Brasil, a inserção dos assistentes sociais na Saúde Mental deu-se após aproximadamente trinta anos de existência da profissão, pelo fato de existir um número reduzido destes profissionais no país até a década de 1960 (BISNETO, 2007, p. 21). Registra-se o ano de 1946 como sendo o início da prática de Serviços Sociais em Saúde Mental, desempenhada por profissionais inseridos nos Centros de Orientação Infantil e Juvenil (COI e COJ).

Daí para frente, pelo menos nos próximos quinze anos, a profissão seguiu sem adentrar na área da Saúde Mental, fato explicado por Bisneto (2007) pelos seguintes aspectos: apesar de haverem hospícios nas principais capitais do Brasil, poucos assistentes sociais trabalhavam nestas instituições. As poucas clínicas psiquiátricas privadas implantadas nesta época não contratavam estes profissionais, e o número de hospitais dos IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões) também era reduzido⁵.

A efetiva mudança neste quadro se deu a partir do golpe militar em 1964, com as profundas alterações nos sistemas de saúde e previdência, implantadas neste período.

A unificação da Previdência Social, com a união dos IAPs e a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, a cobertura a assistência à saúde dos trabalhadores foi ampliada, sendo que os hospitais dos IAPs foram incorporados à rede do INPS e continuaram a atender agora um número maior de trabalhadores e seus dependentes.

O número de clínicas psiquiátricas privadas e hospícios no país também tiveram um grande aumento. Essas clínicas particulares faziam o atendimento e através do convênio que tinham com o Estado recebiam os recursos do INPS. Assim, os campos de trabalho na área da Saúde Mental para os assistentes sociais foram multiplicados.

Porém, a efetiva inserção dos profissionais de Serviço Social nos hospitais psiquiátricos se deu a partir de 1974, quando foi criado o Ministério da Previdência Social

⁵ Literaturas afirmam que, em 1966, ano de criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o número de hospitais era de apenas vinte e oito, em todo o país.

(MPAS), que passou a determinar que todas as instituições psiquiátricas que recebessem recursos do Estado deveriam contratar assistentes sociais. Esta normatização contribuiu para o aumento efetivo da atuação de assistentes sociais na área da Saúde Mental.

Bisneto (2007) esclarece que uma das principais explicações para o fato de o INPS exigir que as clínicas psiquiátricas conveniadas contratassem assistentes sociais se dá numa tentativa do Estado de controlar as contradições no sistema manicomial, atuando nos *'aspectos disfuncionais'* próprios do sistema capitalista.

Neste sentido, o Serviço Social enquanto profissão se vê inserido em um processo contraditório, o mesmo que concebeu seu surgimento, de atender tanto aos interesses do capitalismo quanto os da classe trabalhadora e que Bisneto (2007) definiu como “demanda pelas elites para atender aos necessitados”.

Como vimos, a década de 1980 é marcada pela atuação do Movimento de Reforma Psiquiátrica e sua ênfase aos aspectos sociais no tratamento de pessoas com sofrimento mental e demarca também uma nova relação entre Serviço Social e Saúde Mental.

A proposta do movimento no Brasil não era somente a desinstitucionalização em si, mas a transformação das instituições que intervêm no tratamento dos transtornos psíquicos, bem como a criação de serviços e dispositivos substitutos ao modelo hospitalocêntrico.

Com o objetivo de atender o indivíduo com sofrimento psíquico no território em que ele desenvolve suas relações sociais e de promover sua reinserção social, a atual política de Saúde Mental no país coloca novas demandas à atuação dos assistentes sociais, relativamente diferente daquelas colocadas pelo Estado, mais especificamente pelo INPS, ao Serviço Social da década de 1960 e 1970.

Diferentemente deste período e a partir da consolidação dos objetivos das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, que tomaram uma maior visibilidade e efetivação política no fim dos anos de 1980 e início de 1990, os assistentes sociais inseridos nos serviços ou instituições de Saúde Mental no país são requisitados a atuar em vários aspectos: na relação usuário e instituição, família e o tratamento, família e a instituição, usuário e outros serviços.

Os processos de trabalho no paradigma da atual Política de Saúde Mental vêm estabelecendo o acolhimento, o vínculo e a escuta como elementos importantes que orientam a organização dos serviços, assim como a adoção do técnico ou equipe de referencia, da elaboração de projetos terapêuticos singulares, entre outros.

Bisneto (2007) complementa esta afirmação dizendo que, o assistente social além de ser o profissional do “cuidado” deve ser capaz de construir a crítica à sociedade capitalista e sua correlação com a ‘loucura’, nesta direção, atuando em conformidade com seu projeto

ético-político, que sinaliza como um dos princípios fundamentais, “a vinculação de seu projeto profissional a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social” (NETTO, 1999, p. 155).

Outro fator que merece destaque e que justifica a valorização da atuação de profissionais do Serviço Social na Saúde Mental é explicado por Rosa e Feitosa (2008) “com a perda do poder do médico no trabalho em saúde mental”, ou seja, a descentralização da figura do médico significa a atuação de outros profissionais, que passam a ter suas práticas valorizadas, logo, a responsabilidade do cuidado ao paciente com transtornos mentais é dividido entre a equipe. As autoras esclarecem que este fato se dá em razão da substituição do modelo hospitalar para o comunitário, sendo que a “doença é colocada entre parênteses” (AMARANTE, 2007, p. 66), e o sujeito é considerado no cotidiano de sua vida, de suas relações familiares e comunitárias.

É relevante frisar que a atual Portaria nº 336 do Ministério da Saúde que regulamenta os CAPS, não estabelece necessariamente a presença do profissional de Serviço Social na equipe técnica mínima, se referindo à presença de:

[...] quatro profissionais de nível superior, podendo ser eles: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico (BRASIL, Ministério da Saúde, 2004, p.36).

Apesar de muitas pesquisas revelarem que em grande parte dos CAPS e outros Serviços de Saúde Mental há a presença de assistentes sociais, entende-se que um dos desafios postos à profissão na contemporaneidade são o entendimento e a construção de justificativas que demonstrem a imprescindibilidade da atuação do assistente social no tratamento de pessoas acometidas por transtornos mentais.

Possivelmente a construção destas justificativas passa pelo campo da definição dos objetivos da profissão e das definições das competências e atribuições do assistente social inserido em instituições de assistência em Saúde Mental.

É especialmente nos “serviços reformados” ou “substitutivos”, como nos CAPS, por exemplo, que esta dificuldade se apresenta mais explícita, pois:

[...] nos serviços reformados há uma dissolução dos objetos específicos e uma certa descaracterização profissional, que é inclusive politicamente desejável, mas que tem trazido mais indefinições aos assistentes sociais (BISNETO, 2007, p. 124).

O trabalho em equipe interdisciplinar proposto pelos atuais serviços substitutivos da Política de Saúde Mental origina algumas “armadilhas”, específicas de qualquer relação

humana, quais sejam: a sedução em ocupar o lugar do outro; o risco do ecletismo e descaracterização; a ausência de direção do trabalho profissional e a desvalorização do próprio trabalho (MELO; ALMEIDA, 2000, p.237).

Logo questionamos, por que o Serviço Social é essencial nestas instituições? O que justifica a presença destes profissionais nestes serviços? O que é particular da profissão e o que qualquer outro profissional pode fazer? As respostas para estas perguntas é o que tornará o trabalho do assistente social tão necessário quanto o do médico psiquiatra e do psicólogo nos atuais serviços de saúde mental.

Tendo isto em mente o profissional de Serviço Social que atue nestas instituições não se deixará subordinar pelas demais categorias que compõe a equipe, deixando de ser o “quebra galho” (BISNETO, 2007, p. 126), o profissional “faz tudo” (VASCONCELOS, 2003, p. 188), a profissão que por não saber o que lhe é específico poderá executar todo o resto que não está associado ao “psi” e ao somático.

A alternativa da não subordinação está na conexão entre o trabalho interdisciplinar e as orientações presentes no projeto profissional do Serviço Social, que requisita “um profissional crítico e construtor de uma competência teórica, técnica e ético-política” (MELO e ALMEIDA, 2000, p. 237).

Se definir os objetivos da sua atuação dentro de uma dada instituição constitui o primeiro passo para o reconhecimento e valorização da profissão na área da Saúde Mental, o segundo, e destaca-se talvez o mais importante, é a articulação dos dados da realidade, através do planejamento, da sistematização e da avaliação do trabalho profissional.

A questão do (não) planejamento das ações é confirmada por Vasconcelos (2003) em sua pesquisa de campo na rede de saúde do município do Rio de Janeiro, e que reflete o que acontece no restante do país, em que mais ou menos 15% dos assistentes sociais entrevistados demonstraram “insegurança em relação à direção e planejamento de suas ações”.

A sistematização e o planejamento da prática serão temas de análise da terceira seção deste trabalho.

2.2 O Alcoolismo e a Dependência Química: Fenômeno Multideterminado

O uso de drogas é um fenômeno complexo e com múltiplas determinações, que envolve fatores sociais, biológicos e psicológicos. Está presente em vários povos na Antiguidade, com a diferença de que nesses tempos as folhas de coca, maconha e plantas como a papoula (de onde é extraído o ópio), por exemplo, eram usadas em rituais místicos ou com funções medicinais.

Berridge (1994) citando Lettsom (1787) explica o uso do álcool:

[...] aqueles de hábito leve, que tentaram superar sua fragilidade nervosa através da ajuda da bebida alcoólica, muitos deles começaram a usar esse tóxico, por convicção de sua utilidade e não por uma questão de gosto; porém como o alívio é temporário, o uso freqüente, para manter seus efeitos, conduz à mesma ilusão até que, finalmente o que era obtido por compulsão torna-se um apego à bebida, [...] que torna-se tão necessária quanto o alimento[...].

Assim, percebe-se que o ser humano busca prazer quando experimenta ou usa drogas e continua usando para evitar o desprazer causado pelo não uso da substância, e aí usar ou não usar não mais se tratará de uma escolha pessoal.

O consumo de substâncias psicoativas em nosso país está ligado ao processo de colonização do Brasil. Os índios que habitavam as terras brasileiras tinham como costume a produção de uma bebida forte, fermentada a partir da mandioca, chamada de *cauim*. A bebida era utilizada somente em rituais e pelos pajés (curandeiro, feiticeiro) das tribos, portanto, não era um uso aleatório, mas dentro de uma pauta cultural definida. As folhas de tabaco também eram utilizadas nestes rituais (SENAD, 2008).

A chegada dos portugueses proporcionou a aproximação do ‘homem branco’ a estes costumes e a introdução de outros como o consumo de vinho e cerveja. A descoberta e a produção da cachaça também data deste período. A partir da produção do açúcar, os portugueses descobriram que o caldo da cana-de-açúcar durante o processo de fermentação, se transformava num melaço, e servia como alimentação para animais e escravos, a “Cagaça”, que depois veio a ser a cachaça, que passou a ser destilada em alambique de barro e posteriormente de cobre (SENAD, 2008).

Conforme estudos, o uso de maconha, com propósitos medicinais, iniciou há muito tempo atrás, com registros que apontam a data de 2.700 a.C. No Brasil, foram os escravos africanos que introduziram este costume, tendo se difundido também entre os indígenas e rapidamente por todas as classes sociais.

O uso de drogas químicas como a cocaína, a morfina e a heroína data do final do primeiro quarto do século XX. Ressalta-se que a cocaína já foi comercializada e vendida em farmácias como medicação, indicada para reduzir o cansaço e a fadiga (SENAD, 2008).

Foi assim que o homem descobriu o que o escritor inglês Aldous Huxley (2001) ousou chamar de “*paraísos artificiais*” proporcionados pelo uso de substâncias psicoativas.

O alcoolismo e a dependência química enquanto uma das expressões da “questão social” não é um fenômeno relativamente novo, há algumas décadas que a sociedade brasileira vem sentindo os prejuízos acarretados pelo consumo de drogas. A Organização Mundial de Saúde reconhece a dependência química como doença, posto que desencadeia uma alteração na estrutura e no funcionamento normal da pessoa, sendo-lhe prejudicial. Dados, levantamentos e estudos têm demonstrado o assustador aumento deste consumo, conforme mostra o Relatório Mundial sobre Drogas de 2009, divulgado pelo Escritório das Nações Unidas⁶.

As drogas são classificadas em relação a sua legalidade: drogas lícitas ou ilícitas, e em relação a seus efeitos sobre o Sistema Nervoso Central (SNC), que vão de depressoras, estimulantes e perturbadoras do SNC.

Entre as drogas consideradas lícitas ou legalmente comercializadas, destacam-se o álcool e o tabaco. Para termos uma noção do grave problema que estamos lidando, segundo dados do Ministério da Saúde, na população dos hospitais psiquiátricos no Brasil, quase um quarto dos pacientes foram internados por transtornos associados ao consumo de álcool, e em torno de 40% apresentam o consumo prejudicial de álcool como parte do quadro clínico. Os acidentes automobilísticos também se constituem como danos relativos ao consumo de bebidas alcoólicas (BRASIL, Ministério da Saúde, 2004a).

Quanto ao tabaco, os números são ainda mais expressivos. Somente no Brasil, morrem 200 mil pessoas com idades entre 45 e 55 anos por doenças relacionadas ao tabaco, sendo que o uso deste é fator de risco para mais de 50 doenças (BRASIL, Ministério da Saúde, 2001).

O uso de drogas lícitas pode ser considerado uma pandemia, apesar dos avanços em legislações acerca do tema, como por exemplo, a Lei Municipal nº11.697, que proíbe a venda de cigarros a menores de dezoito anos, a Lei nº4.103 que proíbe a venda e o consumo de bebidas alcoólicas nas escolas de Santa Catarina, a Resolução nº345, da ANVISA (Agência

⁶ Relatório disponível em: http://www.unodc.org/brazil/pt/ASCOM_20090624.html
Acesso em: 02 de novembro de 2009.

Nacional de Vigilância Sanitária), que dispõe sobre os produtos que contenham substâncias inalantes.

Apesar de tantos avanços na legislação sobre o uso de drogas no Brasil, ainda temos um longo caminho a percorrer. Se lembrarmos que junto com o problema das drogas lícitas ainda temos o crescente aumento do consumo de substâncias ilícitas, entre elas a maconha, a cocaína, o crack, o LSD e o Êxtase.

Vejam como agem estas substâncias no sistema nervoso e quais seus principais efeitos:

Substâncias Ilícitas	Classificação	Efeitos
Cocaína/Crack	Estimulante do SNC, pois aumenta a atividade cerebral.	Euforia, estado de alerta, agitação, taquicardia, suor, calafrios, dilatação das pupilas, alucinações visuais e auditivas, convulsões, idéias paranóides.
Maconha	Perturbadora do SNC, pois produz distorções qualitativas no funcionamento do cérebro.	Depende da dose, experiência, expectativa e ambiente: relaxamento, risos imotivados, devaneios, leve estado de euforia
LSD	Perturbadora do SNC, pois produz distorções qualitativas no funcionamento do cérebro.	Distorções perceptivas, alucinações visuais e auditivas, delírios, sinestesia (fusão dos sentidos)
Êxtase	Perturbadora do SNC, pois produz distorções qualitativas no funcionamento do cérebro.	Afeta o pensamento e a memória, percepções alteradas (semelhantes a do LSD), taquicardia, hipertermia.
Solventes ou Inalantes (lança-perfume, acetona, cola de sapateiro, entre outros)	Depressoras do SNS, pois diminui a atividade cerebral	Tem efeito bifásico: excitação seguida por depressão. 1º Fase: euforia, tontura, perturbações auditivas e visuais, náuseas. 2º Fase: confusão mental, visão embaçada, perda do reflexo, incoordenação

		ocular e motora. Pode levar a morte por convulsão, parada cardíaca e respiratória.
--	--	---

Fonte: Classificação das Drogas segundo seus Efeitos no SNC (SENAD, 2008).

O uso de bebidas alcoólicas e o hábito de fumar estão intimamente ligados à costumes que significam aceitação social em alguns grupos como um exercício de autonomia e de liberdade. Este comportamento também é influenciado pela publicidade direta ou indiretamente. O maior público-alvo das indústrias de bebidas e cigarros são os adolescentes, considerados o “mercado de amanhã”. Em função disto, as indústrias investem em propagandas que evidenciam e associam o uso destas substâncias com o sucesso, a liberdade, o poder e o charme.

Desta forma, a dependência química é considerada como um das expressões da “questão social”, que igualmente como outras, exigem ações intersetoriais de prevenção e tratamento, de políticas públicas de educação, saúde, assistência social entre outras.

Assim sendo, começou a se operar no país uma mudança no paradigma da atenção e tratamento aos usuários de drogas. Se antes a temática recebia um enfoque moral, com ações centradas da repressão, agora estas ações começam a voltar-se para práticas educativas de prevenção e de tratamento.

Esta mudança levou o Ministério da Saúde, no âmbito do SUS, a criar e definir estratégias de construção de uma política específica à parcela da população, e em 2003, foi instituída “a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas”, como veremos a seguir.

2.3 A Política de Atenção Integral ao Usuário de álcool e outras drogas

Para entender o processo de implantação da Política de Atenção Integral ao usuário de álcool e outras drogas, em 2003, torna-se importante registrar um pouco do histórico recente dos debates envolvendo a temática álcool e drogas no Brasil.

Em 1998 foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), como Medida Provisória nº1.669/1998, vinculada à Casa Militar da Presidência da República, e com o objetivo de articular, coordenar e integrar ações intersetoriais do governo na área da redução

da demanda de drogas. A Política Nacional Antidrogas (PNAD) foi instituída em 2002, pelo Decreto nº 4345.

A PNAD tinha como objetivo principal a redução da demanda e da oferta de drogas. Para explicar como se definiu esta política, Veloso; Carvalho; Santiago (2004) utilizam os termos “pedagogia do terror e caráter repressivo” e como o próprio nome explicita, tratava-se de uma política muito mais centrada na repressão e no controle do que em práticas educativas de prevenção ou de tratamento. E como conceber uma política preocupada em combater a oferta de drogas ilegais, quando sabe-se, como já afirmamos anteriormente, que são as substâncias lícitas as mais consumidas no país.

Foi a partir de 2004, com base em dados epidemiológicos atualizados, que mostravam como o problema do consumo de substâncias vinha crescendo em números alarmantes, a partir ainda das transformações sociais, políticas e econômicas pelas quais a sociedade brasileira vinha passando, e percebendo a necessidade de envolver mais atores nesta temática, é que a PNAD iniciou um processo de realinhamento da Política.

Envolvendo representantes de diversos setores como Saúde, Educação, Justiça, Assistência Social, organizações não governamentais, movimentos sociais e profissionais destas diversas áreas, foram desenvolvidos uma seqüência de eventos, realizados em três etapas: o Seminário Internacional de Políticas Públicas sobre Drogas, em junho de 2004, em Brasília, seguido de fóruns realizados nas cinco regiões do país, em outubro do mesmo ano culminando no Fórum Nacional sobre Drogas, realizado em novembro (SENAD, 2008).

As deliberações dos debates e discussões sobre o tema foram encaminhadas ao Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), que aprovou a Política Nacional sobre Drogas (PNAD).

A partir de então, reconhecendo a intersectorialidade do tema, resolveu-se substituir o prefixo “anti” pelo termo “sobre drogas”, assim a política passou a ser denominada: Política Nacional sobre Drogas (PNAD). A mesma substituição foi usada para denominar a Secretaria Nacional sobre Drogas (SENAD) e o Conselho Nacional sobre Drogas (CONAD).

A Política Nacional sobre Drogas foi sancionada em outubro de 2005, pelo Presidente da República, Luís Inácio Lula da Silva, tendo como aspectos norteadores a prevenção, atenção e reinserção social do usuário e dependente de álcool e outras drogas.

Todavia, anterior ao processo de efetivação do realinhamento da PNAD, baseado na necessidade de definir uma política específica para álcool e drogas no Brasil, foi criado um Grupo de Trabalho para discutir a política do Ministério da Saúde. Foi o Grupo de Trabalho em álcool e outras drogas (GAOD) que elaborou a “Política de Atenção Integral ao Usuário

de álcool e outras drogas”, que inclui iniciativas de prevenção, promoção e tratamento do usuário de álcool e outras drogas.

De fato, o Brasil se ocupou tardiamente no enfrentamento do problema do consumo de álcool e drogas. Suas políticas até então eram conservadoras, privilegiando a repressão como forma de intervenção. Buscher (1992) explica que o uso de drogas em uma dada população deve ser encarado como uma questão de saúde pública e de educação e que assim deve ser tratada.

A “Política de Atenção Integral ao Usuário de álcool e outras drogas”, se constituiu como um avanço nessas práticas até então vigentes, e suas diretrizes estavam em concordância com os pressupostos da Política de Saúde Mental e da Organização Mundial da Saúde (OMS) e foi publicada em março de 2003 (OLIVEIRA, 2004, 186).

Os CAPSad, que já tinham sido regulamentados em 2002, pela atual Política de Saúde Mental, se constituíram como uma importante estratégia de tratamento para pessoas acometidas por transtornos decorrentes do uso de álcool e drogas.

Outra ferramenta utilizada pela Política foi a utilização do projeto Redução de Danos, como estratégia de promoção da saúde. As estratégias de Redução de Danos associados ao uso de álcool e outras drogas são aplicadas em vários CAPSad no Brasil.

As estratégias de Redução de Danos são:

Políticas e programas que tentam principalmente reduzir, para os usuários, suas famílias e comunidades, as conseqüências negativas relacionadas à saúde, a aspectos sociais e econômicos decorrentes de substâncias que alteram o temperamento (STRONACH, 2004, p.31).

Entre os objetivos da Política do Ministério da Saúde para a Atenção aos Usuários de álcool e outras drogas, podemos destacar:

- Articular as ações desenvolvidas pelas três esferas de governo destinadas a promover a atenção aos pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas;
- Organizar e implantar uma rede estratégica de serviços extra-hospitalares de atenção aos pacientes com esse tipo de transtorno, articulada à rede de atenção psicossocial;
- Aperfeiçoar as ações preventivas como forma de reduzir os danos sociais e à saúde representados pelo uso prejudicial de álcool e outras drogas (BRASIL, Ministério da Saúde, 2003, p. 14).

Estas são as respostas atuais do Estado no enfrentamento de uma das expressões da “questão social”, que é o consumo de álcool e drogas, fenômeno complexo e com diversas implicações e que exige a atuação de diversos atores sociais.

Na apresentação da Política, o Ministro da Saúde, Humberto Costa, considera que ao pensar-se a constituição de políticas sobre álcool e drogas, é imprescindível,

[...] a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários, sempre considerando que a oferta de cuidados a pessoas que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde. Tais dispositivos devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, bem como da lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, Ministério da Saúde, 2003, p. 6).

A intersetorialidade e a interdisciplinaridade se constituem como a tônica das ações do atual modelo de atenção e cuidado às pessoas que fazem uso de álcool e drogas, centrado no fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, muitas vezes rompidos ou desfeitos em razão do processo da dependência de substâncias e na reinserção social, como forma de garantir a exercício da cidadania e a efetivação do acesso destes sujeitos aos direitos sociais.

A seguir apresentaremos o serviço CAPSad de Florianópolis.

3 O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – CAPSad DE FLORIANÓPOLIS

Segundo a Portaria nº336 do Ministério da Saúde, que regulamenta a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os CAPSad, são definidos como:

Serviços de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000 habitantes (BRASIL, Ministério da Saúde, 2004, p. 35).

Em 2006, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), o município de Florianópolis contava com uma população de 406.564 habitantes⁷.

Atenta a esta realidade, preocupada com a atenção a saúde de pessoas com problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas e percebendo a necessidade de implementação de serviços que dessem conta dessa demanda, a Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF) através da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis, organizou o projeto de criação do primeiro CAPSad no município .

Há um projeto de implantação do segundo CAPSad em Florianópolis, que ficará localizado na Ilha, o serviço já tem os profissionais da equipe mínima e o imóvel onde será as futuras instalações está passando por reformas. A implantação deste segundo serviço leva em conta a grande demanda atendida pelo CAPSad Continente e em virtude do crescimento populacional da cidade.

Os processos de implantação dos CAPS em geral iniciam pela coordenação municipal de saúde mental e em conjunto com a coordenação estadual de saúde mental avaliam a disponibilidade orçamentária, existência de recursos humanos e materiais (BRASIL, Ministério da Saúde, 2004, p. 30).

O CAPSad Continente, foi criado no ano de 2006. No então momento, a instituição contava com uma equipe mínima, de dois médicos psiquiatras, uma médica clínica, um enfermeiro, uma psicóloga, uma assistente social, duas técnicas de enfermagem e um profissional da Estratégia de Redução de Danos, em conformidade com o que propõe a Portaria nº336, que define a equipe mínima para atuação no CAPSad, composta por:

⁷ Dados disponíveis em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2006/POP_2006_DOU.pdf
Acesso em: 20 de outubro de 2009.

- a - 1 médico psiquiatra;
- b - 1 enfermeiro com formação em saúde mental;
- c - 1 médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas;
- d - 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;
- e - 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. (BRASIL, Ministério da Saúde, p.36).

Atualmente, o CAPSad de Florianópolis possui uma equipe formada por: uma psicóloga que responde pelo cargo de coordenadora, três psicólogos, duas assistentes sociais, um enfermeiro, duas técnicas de enfermagem, dois médicos psiquiatras, uma farmacêutica, três técnicos administrativo, dois profissionais terceirizados: um vigilante e um da limpeza, e a equipe da Estratégia de Redução de Danos (6 integrantes), que fica alguns dias no CAPSad e outros na Vigilância Epidemiológica.

Registra-se que o CAPSad na época de sua criação era destinado ao tratamento de crianças e adolescentes de 04 a 18 anos com problemas com álcool e outras drogas, porém a demanda pelo tratamento de adultos teve um aumento acima da média e o serviço se estendeu também ao tratamento de adultos que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, constituindo-se atualmente como o maior número dos atendimentos. Os familiares destes usuários também recebem atenção e atendimento através de Grupos de Apoio.

As pessoas em situação de rua também se constituem no público-alvo do CAPSad. O atendimento a esta parcela da população iniciou em 2007, quando a PMF, lançou o programa “Ação de cidadania do morador de rua”, uma articulação entre o programa Abordagem de Rua, da Secretaria de Desenvolvimento Social, o Serviço de Atendimento Médico de Urgência – SAMU, os Hospitais da Rede Estadual e Federal, a Polícia Militar e o CAPSad.

O programa “Ação de cidadania do morador de Rua” teve o objetivo de atender pessoas em situação de rua e encaminhá-las a Casa de Apoio Social, também iniciativa da PMF, através da Secretaria de Assistência Social e em articulação com a Secretaria de Saúde.

Os moradores de rua que são abordados pela equipe da Abordagem de Rua e que manifestam a vontade espontânea de sair das ruas são encaminhados para o Programa de Atenção ao dependente químico, o PROADQ, quando é constatado problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. O PROADQ tem o papel de encaminhar essas pessoas em situação de rua para a Casa de Apoio Social e se forem dependentes de substância psicoativa também são encaminhadas para o CAPSad ou para Comunidades Terapêuticas – CT. Para a

internação em CT é necessário uma avaliação médica, sendo que os usuários atendidos no PROADQ são encaminhados ao CAPSad para passar por esta avaliação.

Logo, os encaminhamentos do PROADQ e da Abordagem de Rua representam um número significativo dos atendimentos diário do CAPSad.

O atendimento do público feminino é mais esporádico, apesar de muitas pesquisas demonstrarem que o consumo de álcool e drogas entre as mulheres vem crescendo consideravelmente em todo o mundo. A procura espontânea de mulheres pelo tratamento é visivelmente menos expressiva que o público masculino.

Além da reduzida procura pelo serviço, soma-se ainda a baixa aderência ao tratamento, ou seja, as poucas mulheres que chegam a procurar o CAPSad permanecem por pouco tempo, vindo alguns dias e abandonando o tratamento logo em seguida.

O CAPSad está vinculado jurídica e administrativamente ao município de Florianópolis, ou seja, recebe recursos da PMF, que também contrata (via concurso ou contrato temporário) a equipe profissional.

Os objetivos destes dispositivos estratégicos da rede de Saúde Mental, os CAPS, é o de oferecer atendimento à população de sua área de abrangência. Assim o CAPSad de Florianópolis atende apenas moradores deste município. O que se constata muito freqüentemente no cotidiano do serviço é a dificuldade em “negar” o atendimento a população dos municípios vizinhos que vêm a procura de tratamento. Municípios como São José, Palhoça, Santo Amaro da Imperatriz e Biguaçu, não possuem CAPSad, sendo que somente Palhoça possui um CAPS II, mas que não atende pessoas com transtornos associados ao uso de álcool e drogas.

O que existe nestes municípios são ambulatórios de saúde mental, que não conseguem suportar a demanda, contando com imensas listas de espera. Os encaminhamentos e tratamentos nestes municípios se resumem à atendimento medicamentoso ou internação em Comunidade Terapêutica, ou ainda pior no caso de São José, a internação em um dos dois hospitais psiquiátricos deste município, na contramão das propostas da Reforma Psiquiátrica.

A exposição desta realidade vivida pelos moradores dos municípios vizinhos a Florianópolis é relevante, pois tem incidido diretamente no trabalho da equipe do CAPSad de Florianópolis, que acolhe a demanda e posteriormente é obrigada a encaminhar para a rede pouco efetiva de Saúde Mental destes municípios.

A finalidade do CAPSad é o atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas e tem como princípio a reinserção social dos usuários através do

trabalho, lazer, fortalecimento dos laços familiares e comunitários e o exercício dos direitos civis.

Os objetivos destas instituições é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários, com vistas à substituição das internações em hospitais psiquiátricos.

Os objetivos específicos dos CAPS, e dentre eles dos CAPSad são:

- Prestar atendimento em regime de atenção diária;
- Gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado;
- Promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Os CAPS também têm 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);
- Regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área;
- Coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricos que atuem no seu território;
- Manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para saúde mental (BRASIL, Ministério da Saúde, 2004, p.13).

Como já mencionamos os serviços oferecidos pelo CAPSad podem ser classificados em: atendimento Intensivo, que é a frequência diária do usuário na Instituição, nos cinco dias da semana, recebendo duas refeições no dia, esta modalidade é oferecida quando a pessoa se encontra em situação de crise ou sofrimento agudo, necessitando de atenção diária. O atendimento semi-intensivo, o usuário pode ser atendido até doze vezes no mês, ou seja, participa apenas de alguns grupos indicados no seu projeto terapêutico. É oferecida esta modalidade quando a situação de crise ou sofrimento diminuíram, mas a pessoa ainda necessita de um atendimento direto da equipe. E o atendimento não-intensivo é caracterizado por até três atendimentos no mês, quando a pessoa não precisa mais de atendimento contínuo.

O CAPSad de Florianópolis recebe dois tipos de demanda para tratamento: a demanda de usuários que chegam espontaneamente no serviço e os atendimentos que chegam com encaminhamento dos serviços da rede (Unidade Básica de Saúde, Hospitais Gerais, Hospital Psiquiátrico, dos programas desenvolvidos pela Secretaria de Desenvolvimento Social, pelo Juizado da Infância e Juventude e pelo Conselho Tutelar).

O indivíduo que chega espontaneamente no serviço ou vem com encaminhamento é acolhido, neste atendimento é feita uma primeira escuta do caso e verificado se este é paciente

para o CAPSad (se tem problemas relacionados ao consumo de álcool e drogas). Caso contrário será encaminhado de acordo com sua demanda.

Já neste primeiro contato, é necessário o estabelecimento de vínculos, que propicie um ambiente de confiança. O técnico que realiza o acolhimento precisa desenvolver a habilidade da escuta qualificada e da observação, como pressupostos para que os encaminhamentos seguintes sejam dados de maneira efetiva. Há no serviço uma escala do acolhimento, em que nos cinco dias da semana, tanto no período da manhã como à tarde, um profissional fica no plantão para acolher a demanda que chega espontânea no serviço, já que o CAPSad trabalha como “serviço porta-aberta”.

Segundo Farias (et. al. 2006, p.123), o acolhimento representa uma aproximação e o reconhecimento das necessidades dos usuários, o processamento destas informações e a resposta adequada às demandas de cada sujeito.

Na maioria das vezes, as pessoas que têm problemas relacionados ao abuso/ dependência de álcool e drogas estão carregadas de estigmas e estereótipos, que as afastam dos serviços de saúde e do tratamento. Por isso esta primeira escuta é considerada como um momento fundamental no início do tratamento para dependência química, pois ao sentir-se acolhido e respeitado em sua condição, as chances deste paciente retornar e aderir efetivamente ao tratamento são muito maiores.

Daí decorre a necessidade de que os profissionais que trabalham neste tipo de serviço e lidam com uma demanda tão complexa e multideterminada, como é o uso de álcool e outras drogas, tenham uma compreensão fundamentada sobre o tema e principalmente que estas concepções “contribuam para a desconstrução das inúmeras formas de exclusão e segregação social destes sujeitos” (VELOSO; CARVALHO ; SANTIAGO, 2009, p. 165).

Assim, a postura profissional é requisito central neste primeiro contato do indivíduo com o tratamento proporcionando o estabelecimento de vínculos de confiança, “considerando o usuário como sujeito, portador de direitos e de opções de vida” (SCHIMITH; LIMA, 2004, p.1491).

A partir do acolhimento que poderá ser feito por um psicólogo, assistente social, enfermeiro ou estagiário técnico, será agendada uma entrevista inicial de acordo com a região onde a pessoa reside. Como já explicamos, no item sobre o apoio matricial da equipes de Saúde Mental divididas entre as cinco regionais de saúde de Florianópolis, no CAPSad, os profissionais também são divididos e cada um é representante de uma regional, sendo que a região do Continente por ser uma área que abrange várias localidades, é dividido entre 4 profissionais. Assim por exemplo, para alguém que more no bairro de Canasvieiras será

agendada a avaliação inicial com o Técnico de Referência (T.R.) do Norte da Ilha, quem mora no Campeche, será referenciado para o Técnico do Sul da Ilha e assim por diante.

A função do T.R. é se responsabilizar pelo indivíduo no seu tratamento, representando a referência profissional do sujeito no serviço, contribuindo para o estreitamento de vínculos e construção de uma relação de confiança entre o técnico e o usuário. O T.R. é como uma ponte entre o usuário e o serviço, sendo que apenas os profissionais de ensino superior podem ser T.R.: os psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros. A construção e redefinição do Projeto Terapêutico também é função do T.R. Os médicos não são referência, pois precisam atender a maioria das pessoas que estão em tratamento, assim a divisão das consultas é feita entre os dois médicos psiquiatras do CAPSad.

A avaliação inicial marca o início do tratamento, onde se abre um prontuário para o paciente e posteriormente se constrói o Projeto Terapêutico.

A entrevista, do tipo semi-estruturada, começa pelo preenchimento de alguns dados informativos à respeito do usuário como: data de nascimento, endereço, estado civil, escolaridade, entre outros, como um cabeçalho de identificação. A entrevista é guiada por uma ficha de avaliação inicial comum a todos os técnicos.

Em seguida é verificado o motivo da procura pelo tratamento ou o motivo do encaminhamento, como já foi dito os encaminhamentos podem ser feitos pelos vários serviços da rede de saúde ou outros serviços, por demanda espontânea ou por determinação judicial no caso de crianças e adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa.

Logo, se constrói um histórico sobre o uso de substâncias, onde se busca investigar a idade em que iniciou o uso, a primeira droga usada, como evoluiu para outras, a frequência do uso por dia/semana e a quantidade usada, em que período começou a perceber os prejuízos acarretados pelo uso: perda de emprego, problemas na família e saúde.

A história de vida familiar também é considerada, aspectos da infância, adolescência e vida adulta são questionados, histórico de uso/abuso/dependência em outros familiares pode facilitar o entendimento da questão apresentada pelo indivíduo.

A história médica e forense também são aspectos questionados na Avaliação Inicial. Dados clínicos relacionados ou não com o uso da substância e problemas com a justiça em decorrência principalmente da dependência são registrados no prontuário.

Ainda é investigada a hipótese de transtornos psiquiátricos, transtornos de personalidade e retardo mental e os estressores psicossociais como situação de rua, desemprego e problemas familiares. No caso dos transtornos, quando a avaliação é feita por um profissional que não da área da Psiquiatria, é avaliada a hipótese, já que os demais

profissionais não possuem formação técnica para realizar tais diagnósticos. Trata-se de uma suspeita levantada pelo técnico que acolheu o usuário e que serve para facilitar a avaliação psiquiátrica.

Assim, depois de conhecer sucintamente a história do usuário, parte-se para construção do Projeto Terapêutico. Cada pessoa em tratamento no CAPSad deve ter um Projeto Terapêutico individual que respeite a sua particularidade, ou seja, um conjunto de atividades e atendimentos indicados para seu tratamento. Assim será construído considerando-se e envolvendo o usuário no processo, segundo suas necessidades. Por exemplo, uma pessoa que tem dificuldade em se relacionar com outras pessoas ou de falar em público, não se beneficiará de atividades grupais, sendo melhor indicado sua participação em oficinas terapêuticas ou atendimento individual.

Em suma, o Projeto Terapêutico será construído em conjunto pelo T.R. e pelo usuário, e deverá envolver também a família neste processo, chamando-a a participar do tratamento através dos grupos de família ou mesmo dos atendimentos individuais.

3.1 Projeto Terapêutico do CAPSad de Florianópolis

O CAPSad de Florianópolis funciona no período de segunda a sexta-feira, das 08 às 18 horas, portanto dispõe de um conjunto de atividades que abarcam os dois períodos de funcionamento, matutino e vespertino. Algumas destas atividades são feitas em grupos, individuais e ainda outras destinadas às famílias. As atividades oferecidas não são estanques, grupos e oficinas são criados ou extinguidos de acordo com a necessidade do serviço. Por exemplo, há pouco menos de um ano começaram a serem criadas as oficinas terapêuticas de artesanato e cestaria em jornal, como solicitação dos próprios usuários. O quadro de atividades oferecidas pelo CAPSad vai depender de algumas variantes como a demanda dos usuários e a disponibilidade de técnicos e de materiais para a realização da atividade.

Segundo o Ministério da Saúde, o Projeto Terapêutico do serviço, ou seja, o conjunto de atividades e atendimentos oferecidos deve levar em conta as diferentes contribuições técnica dos profissionais, o território onde se situa e as iniciativas de usuários e familiares considerando suas identidades, sua cultura local e regional (BRASIL, Ministério da Saúde, 2004, p. 16).

Algumas atividades não têm tanto esta dinâmica de mudança, como é o caso do Grupo Bom dia, o Grupo das Regionais e o café da manhã, almoço e café da tarde.

O Grupo do Bom dia é a primeira atividade realizada, acontece todos os dias da semana, na primeira hora de funcionamento do CAPSad. Cada manhã um profissional da equipe é responsável por fazê-la. É um momento para que os pacientes contem como estão se sentindo, se precisam conversar com algum técnico da equipe ou de atendimento médico. Neste momento também são divididas as tarefas de limpeza e organização da casa, sendo que existe uma escala para que os pacientes que fazem tratamento possam colaborar com a manutenção e limpeza do pátio, dos banheiros e do refeitório. Também neste grupo é feita uma lista das pessoas que almoçam e tomam o café da tarde na instituição, o que varia conforme o Projeto Terapêutico individual.

O Grupo das Regionais é um espaço destinado para reunir os pacientes e o TR de cada regional, tem o objetivo de proporcionar um espaço onde o usuário possa trazer suas dificuldades, suas dúvidas e receios sobre o tratamento, também possibilita o estreitamento dos vínculos terapêuticos entre usuário e T.R. Cada T.R. realiza sua reunião em um dos dias da semana, geralmente com uma hora de duração.

O café da manhã, almoço e café da tarde também se configuram com uma atividade como indica a Portaria nº336/GM, de 2002 que regulamenta os CAPS:

A assistência prestada ao paciente no CAPSad [...] inclui as seguintes atividades:

g - os pacientes assistidos em um turno (quatro horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (oito horas) receberão duas refeições diárias (BRASIL, Ministério da Saúde, 2004, 35).

As atividades individuais são divididas em: consulta psiquiátrica, consulta clínica, prescrição de medicamentos e psicoterapia.

Já os atendimentos em grupo são feitos através de oficinas terapêuticas, grupos terapêuticos, atividades esportivas e assembléia. O atendimento à família também é feito através do Grupo de Familiares ou atendimento individual de família.

As oficinas terapêuticas como já foi dito, têm um caráter dinâmico e podem mudar conforme o público atendido num dado momento, como descreve Amarante (2007) ao afirmar que todos (técnicos, usuários, familiares e comunidade) precisam estar envolvidos nas estratégias de definição das atividades do serviço, questionando e avaliando os rumos do atendimento prestado para que este não se torne insuficiente frente à demanda

Nos últimos meses, este tipo de atividade tem sido oferecido pelo CAPSad de Florianópolis, dentre elas estão: oficina de artesanato, cestaria em jornal, pesca, música e oficina de jogos.

Todas estas oficinas são desenvolvidas pelos próprios profissionais da equipe, assistente social, psicólogo e enfermeiro, que muitas vezes não possuem habilidade e técnica para desenvolver a atividade. Na realidade os CAPS que oferecem este tipo de atividade devem contar com artesãos, arte terapeutas e ‘oficineiros’ para conduzir as oficinas, o que não acontece na instituição de Florianópolis. A inexistência de profissionais qualificados para desenvolver as oficinas terapêuticas se constitui com um limitador das atividades oferecidas pelo CAPS.

Os Grupos Terapêuticos freqüentemente são coordenados por psicólogos e assistentes sociais.

Há pouco mais de 05 meses iniciou-se no CAPSad de Florianópolis um movimento para construção de uma associação de usuários do serviço, desencadeado pelo interesse dos pacientes em participar dos processos de planejamento, gestão e avaliação das ações em saúde mental do município de Florianópolis.

O movimento para organização da associação, construção de um estatuto e todos os trâmites legais que envolvem este processo foi liderado inicialmente por uma psicóloga do serviço juntamente com os usuários, posteriormente uma assistente social começou a participar destas reuniões. A Associação Municipal dos usuários e amigos da Saúde Mental de Florianópolis, como foi denominada, ainda não foi registrada, sendo que o Estatuto que regulamentará suas atividades está em fase final de elaboração.

Seu objetivo geral é promover a inserção e a integração profissional, social, educacional, econômica, política, cultural e espiritual dos usuários dos serviços de saúde mental do município de Florianópolis, e dentre um dos objetivos específicos é do estimular ações e práticas alternativas de trabalho, criando condições para que o usuário resgate sua cidadania voltando a ser sujeito da sua história.

E mais do que isso, a associação representa coletivamente cada um dos usuários, e como explicita Gohn (2001, p.13), a participação de grupos organizados nos espaços interinstitucionais é fundamental, pois expressa a vontade da maioria, que geralmente lutam pela garantia e efetivação dos direitos sociais dos usuários e pela “democratização do acesso aos bens e serviços públicos”.

Percebe-se assim, que a participação popular e o exercício da cidadania e dos direitos civis estão sendo incentivados pelo CAPSad de Florianópolis, proporcionado com isso que um dos princípios essenciais dos CAPS seja garantido, o da reinserção social dos usuários.

A reunião de equipe também é uma atividade desenvolvida pelo serviço. As reuniões de equipe sempre são realizadas as terças-feiras, no período da tarde, sendo que neste dia não são realizadas atividades aos usuários, estes participam no período da manhã e são liberados ao meio-dia, mas o serviço não fecha as portas e casos urgentes são acolhidos neste horário e agendados.

A pauta é construída ao longo da semana que antecede a reunião e é dividida em assuntos administrativos e técnicos.

A pauta técnica se refere à discussão de casos e proporciona que a equipe interdisciplinar tenha uma maior aproximação com a situação trazida, permitindo o olhar e o parecer das várias áreas que atuam neste serviço de saúde. É um pensar em conjunto sobre as alternativas que melhor respondam as necessidades do paciente hora em discussão. Já os assuntos administrativos são referentes à própria organização do serviço.

Desde 2008, o CAPSad recebe supervisão clínico-institucional, realizada por uma professora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina. Estas supervisões são feitas quinzenalmente e funcionam como um instrumento de qualificação das equipes que trabalham em serviços de saúde mental visando alcançar uma boa prática clínica. É a discussão em conjunto sobre a qualidade dos serviços prestados buscando alternativas para dificuldades e problemas enfrentados pela instituição. Nestas reuniões, participam todos os membros da equipe profissional do CAPSad.

As supervisões clínico-institucional fazem parte de um projeto do Ministério da Saúde, Portaria nº 1174/GM, de 7 de julho de 2005, que destina verba aos CAPS para realizarem este tipo de atividade, o CAPSad de Florianópolis foi contemplado em 2008 e 2009. O tema da primeira supervisão foi o projeto terapêutico do CAPSad, suas atividades e atendimentos oferecidos. Já neste segundo ano, o tema é sobre as relações em equipe.

Passamos agora, a análise de como se dá a inserção do Serviço Social nesta instituição.

3.2 O Serviço Social no CAPSad de Florianópolis: cotidiano e atividades profissionais

Com a criação do CAPSad de Florianópolis em 2006, o assistente social já fazia parte da equipe interdisciplinar da instituição. Sendo assim a implantação do Serviço Social está ligada ao processo de inauguração do serviço, neste momento, a profissão contava com uma representante da categoria.

Como já mencionamos anteriormente a presença do assistente social na equipe mínima de um CAPSad não é estabelecida pela portaria que regula os CAPS, a Portaria nº336, do Ministério da Saúde. O fato mencionado pode servir para o entendimento da forma de contratação destes profissionais na instituição: contratos temporários de no máximo dois anos.

Desde a data de sua criação, cinco assistentes sociais já trabalharam na instituição, todas com o mesmo tipo de vínculo empregatício, o temporário e a mesma carga horária de 30 horas semanais. Assim percebemos a incidência da flexibilização do mercado de trabalho e da reestruturação produtiva também no exercício da profissão de Serviço Social.

Uma pesquisa realizada no estado do Rio de Janeiro, em 2001, por Rose Serra, professora da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, mostrou que em 91,6% dos órgãos públicos, os assistentes sociais têm carga horária de 40 horas, já na esfera municipal a lógica é comprimir o tempo destinado à execução do trabalho, predominando a jornada semanal de 20 horas⁸.

A título de ilustração, citamos Harvey (1989, p. 143-144) que explica de forma clara como se configurou o mercado de trabalho no regime de *acumulação flexível*, elencando:

[...] os empregados em tempo parcial, empregados casuais, pessoal com contrato por tempo determinado, temporários, subcontratação, [...]. Todas as evidências apontam para o crescimento bastante significativo desta categoria de empregados nos últimos anos.

Todas estas transformações operadas pelo sistema capitalista e que incidiram diretamente no mundo do trabalho, caracterizando-se por crescentes taxas de desemprego, precarização dos postos de trabalho e terceirização dos serviços, chegam na forma de demandas da população e exigem a intervenção do profissional de Serviço Social. Entretanto, esta lógica mercadológica também redimensiona o trabalho do assistente social, que além “de

⁸ A pesquisa faz parte do artigo “Alterações no mundo do trabalho e repercussões no mercado profissional do Serviço Social, de Rose Serra, 2001.

‘mediar’ [grifos do autor] as relações contraditórias entre trabalhadores e capitalistas, também faz parte desta relação” (GUERRA, 1995, p.06).

Essa realidade vivenciada por profissionais de várias áreas de atuação, e que se manifesta na instituição em tela, afeta as condições para o planejamento das ações que requer vários elementos como: leitura da realidade com conhecimento das condições objetivas (manifestação da “questão social” vivenciada), bem como o conhecimento das condições subjetivas (correlação de forças, as relações profissionais com a equipe).

Sobre o conhecimento crítico da realidade, Montañó (1997, p.123) cita Guerra (1995, p.200) que explica ser necessário “distinguir as intervenções profissionais dirigidas às ‘situações imediatas’ [grifos do autor] daquelas que se encontram abertas aos fenômenos emergentes”.

Talvez a questão do vínculo profissional temporário se configure como um dos fatores para entendermos a ausência de sistematização da prática pelas assistentes sociais que já trabalharam ou trabalham no CAPSad. Discorreremos sobre esta questão mais adiante.

Retomando a exposição sobre a profissão de Serviço Social dentro da instituição CAPSad, partimos da conceituação de ação profissional enquanto:

[...] conjunto de procedimentos, atos, atividades pertinentes a uma determinada profissão e realizadas por sujeitos/ profissionais de forma responsável, consciente. Portanto, contém tanto uma dimensão operativa quanto uma dimensão ética, e expressa no momento em que se realiza o processo de apropriação dos profissionais quanto fundamentos teórico-metodológico ético-político da profissão em determinado momento histórico (MIOTO, 2001 apud LIMA, 2004).

E seguimos tomando como subsídio para a análise da ação profissional do assistente social no CAPSad, o documento “Parâmetros para atuação dos Assistentes Sociais na área da Saúde” elaborado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), como produto do Grupo de Trabalho “*Serviço Social na Saúde*”⁹. O Grupo de Trabalho incorporou nas suas discussões e debates as deliberações do 36º e 37º Encontro Nacional CFESS/ CRESS.

O documento considera que o profissional na saúde desenvolve suas ações profissionais nas seguintes dimensões, e que são complementares e indissociáveis: “Assistencial; em Equipe; Socioeducativa; Mobilização; Participação e Controle Social; Investigação, Planejamento e Gestão; Assessoria, Qualificação e Formação Profissional” (CFESS, 2009, p. 21).

⁹ O Grupo de Trabalho “Serviço Social na Saúde” foi criado em março de 2008, com base na Portaria CFESS nº10, composto por um representante do CRESS de cada região do país e cinco conselheiros do CFESS.

Mioto e Nogueira (2008) descrevem as ações profissionais no campo da saúde também articuladas em eixos: os processos *político-organizativos*, os processos de *planejamento e gestão* e os processos *sócio-assistenciais*.

De fato, no CAPSad a ação profissional norteia-se mais pelos processos *sócio-assistenciais*, que subdivide-se em *ações sócio-educativas, sócio-terapêuticas e sócio-emergenciais*, algumas poucas atividades desenvolvidas pelas assistentes sociais estão orientadas pelos outros eixos, como veremos a seguir.

Elencamos as principais atividades que são desenvolvidas pelas assistentes sociais no CAPSad, porém das atividades que serão descritas, apenas uma se caracteriza como específica do Serviço Social, a Avaliação Social, as demais como: acolhimento, atendimento em grupo e individual, oficinas e encaminhamentos podem ser feitas por qualquer profissional da equipe.

Iniciamos pelos processos *sócio-assistenciais*, que segundo Mioto e Nogueira (2008), significam a intervenção direta com os usuários e seus familiares. Este processo subdivide-se em *ações sócio-educativas, sócio-terapêuticas e sócio-emergenciais*,

O serviço Social no CAPSad desenvolve as *ações sócio-terapêuticas* através das reuniões de grupo ou atendimento individual. O Grupo de Famílias é um exemplo, trata-se de um espaço destinado aos familiares de pessoas com problemas com álcool e drogas, que desde sua implantação, teve a participação do assistente social como coordenador ou co-coordenador.

O uso/dependência de drogas e álcool por uma pessoa desencadeia um processo de sofrimento a toda família, causando não raras vezes uma grande exaustão emocional de todos os membros, afetando muitas vezes a saúde desta família. É muito comum que pais, mães, esposas, maridos e filhos fiquem doentes física e emocionalmente, a depressão, por exemplo, é manifestada freqüentemente pelos indivíduos no grupo.

Nesta direção, a ação profissional no desenvolvimento do Grupo de Famílias está amparada pelo eixo *sócio-terapêutico*, trabalhando “com as famílias no sentido de fortalecer os vínculos, na perspectiva de torná-las sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde” (CFESS, 2009, p.23) e ainda, tendo como objetivo o apoio diante de situações de sofrimento, como é o exemplo do processo de abuso de substâncias.

É importante destacar que as *ações sócio-terapêuticas* não se relacionam com o atendimento psicoterapêutico, e tem como objetivo potencializar a orientação social com vistas à ampliação e efetivação do acesso dos indivíduos aos direitos sociais.

Quanto ao eixo *sócio-educativo* que consiste na socialização de informações referentes a direitos, acesso a políticas e serviços sociais, com o objetivo de promover a autonomia do

usuário enquanto indivíduo livre e com poder de decisão, podemos citar a Oficina de Direito e Cidadania, refletindo as ações profissionais orientadas por este processo.

Criada por uma assistente social e uma psicóloga e em funcionamento há poucos meses, a proposta partiu dos próprios usuários do serviço e da necessidade de estarem capacitando-se para lutarem pela universalização, ampliação e efetivação dos direitos. O próprio movimento de criação da Associação suscitou a idéia de “*formação política*”, de informar, socializar informações e debater sobre temas como Política de Saúde, como surgiu, como era no início e como se apresenta atualmente, a Política de Saúde Mental, sua trajetória desde os tempos dos manicômios até os atuais serviços substitutivos.

Desta maneira, a ação profissional orientada pelo eixo *sócio-educativo*, tem o objetivo de “prestar orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária, no sentido de democratizar as informações” (CFESS, 2009, p.22).

Outra atividade orientada pelo eixo sócio-educativo e a única na instituição CAPSad que se constitui como exclusiva do assistente social, é Avaliação Social.

As Avaliações Sociais consistem no repasse de informações sobre acesso ao trabalho, educação, sobre serviços de Comunidades Terapêuticas (internação), sobre cursos profissionalizantes, orientações previdenciárias, sobre acesso ao auxílio-doença, processos de aposentadoria e outros benefícios, e informações sobre direitos sociais.

Freqüentemente os usuários do CAPSad que agendam uma Avaliação Social, trazem como demanda assuntos relacionados à Previdência Social, como por exemplo, o auxílio-doença, benefício concedido aos segurados em caso de tratamento de saúde. É necessário registrar que um usuário que está em tratamento no CAPSad será encaminhado para a Avaliação Social, conforme indicação do seu T.R.

Como o alcoolismo e a dependência química são considerados como doença pela Organização Mundial de Saúde (OMS), as pessoas que estão em tratamento ambulatorial ou de internação e que apresentam qualidade de segurados da Previdência Social têm direito de solicitar o auxílio-doença.

Outras demandas também são trazidas para a Avaliação Social, como o encaminhamento para Cursos Profissionalizantes, para recebimento de cesta-básica e de vale-transporte para o tratamento (estes estão mais ligados ao eixo sócio-emergencial, que veremos a seguir).

Paulina Duarte (2008), assistente social que faz parte da Secretaria Nacional sobre Drogas (SENAD), resume a Avaliação Social como momento de,

[...] mapear as reais condições sociais do paciente e fornecer elementos para o plano de tratamento, é também o primeiro passo para a sua 'reinserção social' (grifos da autora), pois levanta suas potencialidades, interesses e expectativas que poderão ser trabalhadas no tratamento e transformadas em ações gradativas, dependendo do estágio de recuperação (SENAD, 2008 p.06).

Acontece que, como já explicamos na realização da Avaliação Inicial, feita por qualquer profissional de ensino superior da equipe e com a adoção do Técnico de Referência (T.R.), o mapeamento destas potencialidades, interesses, da vida familiar, econômica e social já são elencadas nesta primeira entrevista inicial.

Seria possível afirmar que a única atividade privativa do assistente social no CAPSad, a Avaliação Social, já não é mais tão exclusiva. Considerando que o profissional de Serviço Social geralmente atua numa equipe interdisciplinar dentro dos serviços de saúde se faz necessário que o trabalho deste profissional seja especificado para não culminar no que Yamamoto (2002, p.41) chama de “diluição das particularidades profissionais”. A autora considera ainda que “são as diferenças de especializações que permitem atribuir unidade à equipe, enriquecendo-a e, ao mesmo tempo, preservando suas diferenças”.

O profissional de Serviço Social ao realizar uma Avaliação Social no CAPSad não se baseia em nenhum roteiro ou documento de sistematização, como é o caso das Avaliações Iniciais. Quando muito, o atendimento é simplesmente registrado no prontuário do paciente, não possibilitando que os dados colhidos sirvam efetivamente ao processo de tratamento e reinserção social do indivíduo ou utilizados como matéria-prima para pesquisas futuras.

Quanto as ações *sócio-emergenciais*, que visam atender as demandas revestidas com um caráter de emergência, podemos identificar esta ação no CAPSad através dos encaminhamentos aos Centros de Referência em Assistência Social – CRAS, para recebimento de cesta básicas e auxílio-transporte, por exemplo.

Já as atividades orientadas pelo segundo eixo, o *político-organizativo*, que envolve ações de mobilização e assessoria, destacamos a atividade de construção e efetivação da Associação de usuários e a oficina terapêutica de Direito e Cidadania.

Conforme Mioto e Nogueira (2008, p.283),

A ação acontece no sentido de identificar e propor alternativas e possibilidades concretas de enfrentamento às questões no cotidiano da luta por direitos, bem como resgatar e trabalhar os limites da ação, produzir e/ou socializar informações e análises, tendo em vista o encaminhamento de soluções que viabilizem o atendimento de suas demandas, e o seu fortalecimento como classe organizada.

As reuniões para formação da Associação Municipal dos usuários e amigos da Saúde Mental de Florianópolis constituem-se como espaços privilegiados de exercício da cidadania e participação popular, assim, a ação profissional do assistente social se dá no sentido de dinamizar e instrumentalizar esta participação.

Neste sentido, a associação possibilita um espaço de mobilização política e participação da população atendida junto à política de saúde mental. As ações neste âmbito estão voltadas prioritariamente,

[...] para a inserção dos usuários, familiares e trabalhadores de saúde nos espaços democráticos de controle social e construção de estratégias para fomentar a participação e defesa dos direitos pelos usuários e trabalhadores nos conselhos, conferências e fóruns de saúde e de outras políticas públicas (CFESS, 2009).

Registra-se que o movimento de criação da Associação partiu dos próprios usuários do serviço com o apoio de um profissional da Psicologia, não tendo inicialmente o envolvimento do Serviço Social na atividade. Este processo é relativamente recente, tendo iniciado há pouco menos de seis meses, sendo que o Estatuto de regulamentação da Associação ainda está em construção e seu registro em Cartório ainda não foi realizado.

No desenvolvimento desta atividade, percebemos a atuação do assistente social embasada na Lei nº5.662, de 07 de junho de 1993, a Lei de Regulamentação da Profissão do Assistente Social (CRESS 7º Região, 2000, p.33), que em seu artigo 4º estabelece as competências do assistente social, e entre elas cita:

IX – prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e a defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;

Na realidade estas ações de mobilização e participação social no CAPSad de Florianópolis ainda são embrionárias, talvez pelo pouco tempo de funcionamento da instituição, menos de 4 anos, ou talvez pela não efetiva apropriação destas atividades pelos profissionais de Serviço Social. Na verdade, os lugares privilegiados de controle social, como os Conselhos de Direitos, as Conferências e outros órgãos, são os espaços em que as ações profissionais baseadas nos processo *político-organizativos* são mais evidentes.

Assim, uma alternativa para uma maior visibilidade destas ações profissionais do assistente social no CAPSad, seria uma maior articulação com movimentos sociais e Conselho de Direitos, em conformidade com o que propõe o documento do CFESS (2009, p. 31-32):

- Mobilizar usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais para a participação em fóruns, conselhos e conferências de saúde e de outras políticas públicas;
- Participar dos conselhos de saúde (locais, distritais, municipais, estaduais e nacional) contribuindo para a democratização da saúde enquanto política pública e para o acesso universal aos serviços de saúde;
- Estimular a participação dos usuários e trabalhadores de saúde nos diversos movimentos sociais.

Por fim, o terceiro processo, o de *planejamento e gestão* diz respeito às ações profissionais desenvolvidas no âmbito da gestão do SUS, das instituições e serviços de saúde e no planejamento, sistematização e avaliação das ações profissionais.

Para a realização desta metodologia de planejamento e avaliação das ações profissionais se faz necessário uma organização da documentação referente ao processo interventivo, ou seja, da prática profissional, através de diários de campo, relatórios, planos de trabalho, entre outros. A questão da sistematização da prática do assistente social especificamente no CAPSad de Florianópolis será tema de análise do próximo item.

3.3 Elementos Estruturantes da ação profissional: instrumentais e referências de conhecimento que subsidiam a prática do assistente social no CAPSad

Discutir sobre a prática profissional, aqui especificamente a do assistente social, não se configura como uma tarefa das mais simples, começando pelas inúmeras conceituações utilizadas, entre elas: ação profissional, processos de trabalho, exercício profissional, atuação e fazer profissional e assim por diante. Como Bisneto (2007, p. 123) afirma, “a questão de saber o que o Serviço Social realmente faz é complexa”.

Sem adentrarmos neste debate sobre conceituação ou definição de prática profissional, não sendo este o objetivo deste trabalho, prosseguimos elencando os principais *elementos estruturantes* que dão forma a prática profissional do Serviço Social, sendo eles: “o conhecimento/investigação, o planejamento, a documentação, os objetivos, as formas de abordagens dos sujeitos a quem se destinam as ações, os instrumentos técnico-operativos e outros recursos” (MIOTO; LIMA, 2009, p.37).

Bisneto (2007) fala sobre a dificuldade de definir a prática profissional do assistente social nos serviços de saúde. Por exemplo, é comum que os próprios profissionais ao serem questionados sobre o que faz um assistente social, confundam prática profissional com

instrumentais da profissão, e a resposta não raras vezes é de que o assistente social realiza entrevistas, grupos e encaminhamentos (BISNETO, 2007, p. 124).

Costa (2000, p. 36) também explica sobre as indefinições a respeito do conteúdo das ações do Serviço Social, sobre o que é e o que faz, principalmente nos serviços de saúde.

Apesar de concordarmos com a afirmação de Bisneto (2007) de que devemos enxergar a prática profissional a partir das transformações ocorridas no processo de intervenção e não a partir das categorizações funcionais (WEISSHAUPT, 1988 apud BISNETO, 2007) partimos para a descrição da prática profissional do assistente social na instituição CAPSad a partir dos instrumentais mais utilizados pela profissão. Quanto às referências de conhecimento que embasam o fazer do assistente social nesta instituição, vamos nos ater apenas em referenciá-las e enumerá-las, sem aprofundarmos a análise desta dimensão.

O assistente social no CAPSad de Florianópolis é chamado a intervir com o objetivo geral de viabilizar o acesso dos usuários aos direitos sociais, em conformidade com o que propõe o Código de Ética Profissional.

Na atualidade, os assistentes sociais são chamados a desenvolver “a capacidade de decifrar a realidade e construir propostas criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir das demandas emergentes no cotidiano” (IAMAMOTO, 1997, p.08).

O desenvolvimento de tal capacidade e o comprometimento com a qualidade dos serviços prestados não se dão de forma aleatória, mas alicerçada em referências de conhecimentos e instrumentos que permitem a operacionalização da ação profissional.

Para responder as demandas colocadas à prática profissional no cotidiano da instituição, o assistente social aciona um conjunto de instrumentos, que vai desde a Observação, a Informação, a Reunião, a Entrevista e a Visita Domiciliar.

Iniciamos pela entrevista, talvez um dos instrumentos mais utilizados pelos assistentes sociais no CAPSad de Florianópolis. A entrevista é concebida como “um contato pessoal, de caráter confidencial, entre assistente social e cliente, envolvendo uma relação íntima e sutil” (SARMENTO, 1994, p.33).

Nas Avaliações Iniciais e Avaliações Sociais o assistente social se utiliza do instrumental da entrevista para obter dados do informante (usuário) e entender de forma mais abrangente possível a situação trazida pelo usuário, a fim de poder intervir na demanda apresentada.

Como já vimos, a entrevista de realização das Avaliações Iniciais seguem um roteiro de perguntas, que a própria equipe do CAPSad elaborou em conjunto. Assim uma entrevista deve seguir algumas orientações que vão desde a maneira de iniciar e terminar, as condições

do local onde é realizada, o caráter confidencial dos assuntos, enfim, Sarmiento (1994, p.34) explica,

Alguns aspectos que precisam estar em mente quando da realização de entrevistas, como a consciência dos nossos preconceitos; aceitação e tolerância para aceitar o comportamento e atitudes; constante observação do que a pessoa diz e, também, acerca do que ela não diz, ou ainda, certos fatos com tensões do corpo, enrubescimento, excitabilidade, melancolia, etc; a arte de ouvir com atenção para apreender a narrativa e apreciar os comentários, a arte da pergunta pautada na cordialidade, correspondência e, interesse em compreender e auxiliar; a arte de conversar no sentido de inspirar confiança ou encorajar o entrevistado, levando-o a discutir com maior profundidade sobre pontos relevantes, a arte de responder perguntas pessoais, com segurança e franqueza, pois podem indicar o começo do estabelecimento de uma relação mais próxima entre entrevistador e entrevistado.

A reunião é outro instrumental bastante utilizado pelo Serviço Social da Instituição, relacionado à prática profissional com grupo. Ainda segundo Sarmiento (1994), reunião “significa unir, agrupar vários indivíduos, com um objetivo em comum”.

Alguns elementos básicos são constituintes de um grupo: o nascimento do grupo, ou seja, as razões pelas quais essas pessoas se uniram; a definição dos objetivos, ou, as motivações e desejos que levaram à união dessas pessoas; a construção da identidade que determina o grau de integração entre os membros. A organização do grupo, que implica na distribuição de papéis, o poder e a liderança são papéis sempre presentes em um grupo, por exemplo. A comunicação, interação e participação dos indivíduos que participam do grupo; a relação entre o grupo e seus membros, e por último se deve ressaltar que o grupo não é algo estático, os elementos citados estão sempre em movimento, logo é preciso pensar o grupo enquanto um processo (AFONSO, 2002).

Assim, a reunião ou atendimento grupal, pode ser caracterizado com um espaço de reflexão e socialização de informações, que possibilita ao usuário a análise da situação vivenciada e a transformação desta realidade, processo este estimulado pelo assistente social, assim como propõe o documento do CFESS, sobre a prática profissional em saúde: “realizar atividades em grupos com os usuários e seus familiares, abordando temas de interesse dos mesmos” (CFESS, 2009, p.30).

A Visita Domiciliar (VD) é um dos instrumentos menos utilizado pela profissão no CAPSad, tendo em vista que outros profissionais da equipe também a realizam. Ainda assim o número de VDs realizadas pela instituição é bastante ínfimo.

Sarmiento (1994, p.43) cita Cardoso (1956, p.40) para explicar que a Visita Domiciliar “não deve ser feita com rotina, mas também, não se deve chegar ao ponto de nunca fazê-la”, e elenca alguns cuidados que se dever ter ao realizar um VD:

1. Obter informações prévias de nomes, endereços e condução [...];
2. Apresentar a visita de maneira simpática e não como um inquirido policial, a cordialidade é fundamental;
3. Observar o ambiente naturalmente, sem forçar situações;
4. Cuidado no caso de visitas repetidas para que o contato profissional não degenerem em familiaridade – convites para almoçar, para ser padrinho ou madrinha, etc; e
5. Despedir-se com naturalidade – terminar bem uma visita e já preparar a seguinte se for necessário.

Se o profissional assistente social necessita ter um conhecimento e uma leitura crítica da realidade e o conhecimento das condições materiais em que vivem os usuários a fim de poder propor a efetivação dos direitos sociais destes indivíduos, então a Visita Domiciliar pode ser caracterizada como instrumental privilegiado para o conhecimento da realidade em que o assistente social “[...] exerce um papel educativo, colocando o saber técnico à disposição da reflexão sobre a qualidade de vida” (SARMENTO, 1994, p.44).

Assim como em qualquer área de atuação, o trabalho na Saúde e em particular na Saúde Mental exige referências de conhecimentos, como forma de sustentar a ação profissional, contribuindo para que os profissionais nestes espaços sócio-ocupacionais não se transformem em “meros técnicos” [...] que “sabem fazer, mas não conseguem explicar as razões, o conteúdo e direção social e os efeitos de seu trabalho na sociedade” (IAMAMOTO, 2004, p. 169).

Partimos da enunciação dos conhecimentos específicos da profissão expressos pelo Projeto ético-político, quer sejam: os princípios que regem o projeto profissional, o Código de Ética Profissional e a Lei nº8.662 que regulamenta a profissão, como norteadores dos direitos, deveres, atribuições e competências dos assistentes sociais e ainda as diretrizes curriculares.

O próprio Código de ética “apresenta ferramentas fundantes para o trabalho dos assistentes sociais na saúde e, todas as suas dimensões: na prestação de serviços diretos à população, no planejamento e na assessoria” (CFESS, 2009, p.19).

O Projeto ético-político está expresso nos valores e princípios anunciados pelo Código de Ética da profissão e apreende as ações profissionais em “consonância com a perspectiva da transformação social, com a defesa intransigente dos direitos humanos e a ampliação e consolidação da cidadania” (CRESS, 7º Região, 2000).

Dentre as principais referências que norteiam as ações dos assistentes sociais na Saúde, elencamos a relevância do conhecimento e defesa da *Constituição Federal* e o tratamento que ela dispensa aos direitos sociais, em especial o capítulo “Da Ordem Social”, que coloca a Seguridade Social enquanto “conjunto integrado de ações e iniciativas dos

poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (CRESS, 7º Região, 2000).

Mioto (2008a, p.8) explica que os princípios da integralidade, da universalidade e da participação social são utilizados para sedimentar as ações profissionais em torno da atenção à saúde e ainda “como sustentação dos eixos argumentativos, contribuindo para instrumentalizar os assistentes sociais nos distintos espaços sócio-ocupacionais relativos à atenção à saúde, [...] como parâmetros para atuação do assistente social”.

O conhecimento da concepção de saúde segundo a *Constituição Federal*, definida como *direito do cidadão e dever do Estado* também deve ser considerada como importante referencial para a prática profissional, entendendo a saúde segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) como “um estado de completo bem-estar físico, mental, social e espiritual” (BERLINGUER, 1996, p.22).

A análise das políticas sociais, especificamente, da Política de Saúde também se torna crucial para os assistentes sociais que atuam na área da Saúde. A Lei Orgânica de Saúde, Lei nº 8.080, que dispõe sobre “as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes” e a Lei nº 8.142, que prevê a participação popular e o controle social na gestão do SUS (CRESS, 7º Região, p. 164 e 192).

O conhecimento sobre a política de Assistência Social, regulamentada pela Lei nº 8.742, a Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS é uma das principais referências que alicerçam a ação profissional no enfrentamento da pobreza e superação da exclusão social.

Vasconcelos (2003) aponta o conhecimento da conjuntura nacional como pressuposto da sustentação da prática profissional. A análise de conjuntura se torna importante pelo fato de que a realidade não é algo estático e imutável, está em constante processo de mudança. Com a requisição atual aos assistentes sociais de decifram a realidade, o entendimento e a análise da conjuntura se faz necessário na orientação da intervenção profissional para identificar novas demandas, fortalecer a luta coletiva, analisar o papel do Estado e dos governos, principalmente no que se refere ao fortalecimento ou restrição dos direitos conquistados.

Alguns conhecimentos específicos da área da Saúde Mental também se constituem em referências de conhecimento para o trabalho do assistente social em um CAPSad.

O reconhecimento da importância da 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, as Portarias nº106, que estabelece a criação das residências terapêuticas, Portaria nº 336, que regulamenta os CAPS e a Política de Atenção Integral ao Usuário de

álcool e outras drogas, que inclui iniciativas de prevenção, promoção e tratamento do usuário de álcool e outras drogas.

Assim, o trabalho em Saúde Mental, aqui em especial a prática profissional nos CAPS, exige um profissional que esteja atento às especificidades da Política de Saúde, mas, mais do que isso, um profissional que entenda a importância da intersetorialidade nestas instituições, de que o envolvimento de vários setores sociais se constitui como a principal estratégia de efetividade destes serviços.

Deste modo, os assistentes sociais no CAPSad que primam pela qualidade dos serviços prestados em conformidade com o que propõe o Projeto ético-político da profissão, devem portar condições de articular os vários elementos estruturantes do fazer profissional, ou seja, deve ser capaz de observar e decifrar a realidade e através dos referenciais teóricos, éticos, políticos e dos seus instrumentos de trabalho produzir respostas às demandas que lhes são colocadas, no sentido de garantir o “exercício dos direitos civis, sociais e políticos da classe trabalhadora” (CRESS, 7º Região, p.15).

O planejamento, a documentação e a sistematização também são considerados elementos estruturantes da ação profissional, e serão objetos de análise do item seguinte.

3.4 A organização da prática profissional: planejamento, documentação e sistematização da prática profissional do assistente social no CAPSad

Sabe-se que a questão relacionada ao abuso e dependência de álcool e outras drogas é um problema grave e que vem aumentando dia-a-dia. Com isso os serviços de saúde destinados ao tratamento nesta área, recebem uma demanda excessiva e que muitas vezes faz com que a prática profissional seja remediativa, paliativa sem maiores possibilidades de planejar e sistematizar as ações.

Mioto e Lima (2009) consideram que não é possível o desenvolvimento de um trabalho consistente e conseqüente sem planejamento e documentação.

Assim se considerarmos que uma ação profissional não pode existir sem planejamento e mais, ao pensarmos em uma profissão que trabalha especificamente com o uso da linguagem, então apontamos que o planejamento, a documentação e a sistematização da prática profissional são elementos imperativos para a visibilidade do trabalho do assistente social.

Almeida (2008, p.400) avalia que o Serviço Social não conseguiu, ao longo da sua existência, construir uma cultura profissional que “se alimentasse diretamente, ou que indicasse um papel de destaque, às atividades investigativas, particularmente aos processos de sistematização do seu trabalho [...]”.

Destacamos o planejamento como o primeiro passo no processo de materialização da prática do assistente social, “[...], pois é ele que permite projetar a própria ação, a partir do conhecimento obtido da realidade, da proposição de objetivos, da escolha de formas de abordagem e de instrumentos operativos” (MIOTO; LIMA, 2009, p.37).

Assim, planejar significa direcionar a ação profissional, do contrário corre-se o risco de cair na improvisação, no tafetismo e com práticas paliativas e as chamadas “apaga-incêndio”, em que o profissional se vê as voltas tentando atender demandas individualizadas.

Matus (1996) fala que planejar “é o sinônimo de conduzir conscientemente e negar o planejamento é o mesmo que negar a possibilidade de escolher o futuro, aceitando-o seja ele qual for”. O mesmo autor usa ainda uma analogia para explicar que planejar não é uma tarefa simples, e compara o planejamento com a correnteza de um rio, tanto a realidade social, objeto do planejamento quanto a correnteza do rio, estão em constante movimento. Também compara os fatos sociais com os peixes do rio, ambos não ficarão estáticos para que possamos “capturá-los”. Deste modo, o planejamento será sempre sobre algo que está em movimento e que não cessa só porque desejamos planejar.

Vasconcelos (2003) aponta que o planejamento da prática profissional do Serviço Social na saúde pode partir do conhecimento das políticas sociais da Seguridade Social, em especial da saúde; do conhecimento da rede de serviços; do perfil dos usuários, da identificação das demandas dos usuários para a instituição e para o Serviço Social e ainda da identificação das requisições da instituição e dos demais profissionais de saúde para o Serviço Social.

Em quase quatro anos de funcionamento da instituição CAPSad, as assistentes sociais ainda não tem o seu trabalho construído a partir de um planejamento, com a especificação de objetivos, metas e ações. Neste sentido, o planejamento é importante para indicar o conteúdo das ações profissionais, o que faz, por que faz e o que os diferencia de outras áreas.

Como citamos anteriormente, a questão do vínculo empregatício temporário dos assistentes sociais no CAPSad poderia servir para o entendimento da ausência de planejamento e sistematização da prática profissional. É certo que os espaços sócio-institucionais são um dos elementos condicionantes da ação profissional, mas não somente os entraves institucionais expressos através da forma de contratação e da demanda excessiva que

se coloca aos assistentes sociais, poderiam servir para explicar o fato da ausência de planos de trabalho, projetos de intervenção, sistematização e documentação da prática.

Vasconcelos (2003) mostra esta questão claramente em sua pesquisa de campo. A maioria dos assistentes sociais entrevistados, apesar de reconhecerem a importância do planejamento, não tem suas ações orientadas nesta direção. E talvez esta realidade faça parte dos profissionais que já trabalharam ou trabalham no CAPSad.

Apesar de entendermos, voltamos a insistir que a questão dos contratos temporários de trabalho é o fator principal nesta ausência de planejamento e sistematização da prática profissional dos assistentes sociais no CAPSad. A carga horária de 30 horas semanais também contribui para esta realidade, com menos tempo dentro da instituição, a lógica é “atender” o tempo todo a demanda elevada de um serviço ‘porta aberta’ e é certo que o tempo para o planejamento, para a documentação, sistematização e avaliação das ações profissionais também é reduzido, ficando em segundo, terceiro ou mesmo sem planos.

A documentação ou registro do trabalho dos assistentes sociais são considerados o segundo passo na materialização da ação profissional,

[...], pois ela é essencial, tanto para o processo de conhecimento/investigação da realidade, como para a sua sistematização e seu planejamento. Pelo fato de as ações dos Assistentes Sociais estarem calcadas, basicamente, no uso da linguagem, a visibilidade da intervenção realizada só é obtida quando ocorre o registro eficiente da ação. Além disso, os registros permitem congregados dados que podem resultar em avanços, tanto no momento em que se analisa a intervenção, procurando estabelecer novas prioridades, reconhecer as demandas, dentre outros, quanto no momento de reflexão crítica da realidade, dos espaços sócio-ocupacionais e de seus processos de trabalho, no intuito de ampliar o escopo de conhecimentos sobre a profissão e a sociedade (MIOTO; LIMA, 2009, p. 37).

Os diários de campo, relatórios, estudos sociais, fichas e questionários são exemplos de documentação do processo interventivo do assistente social.

Nas unidades de saúde mental o profissional trabalha com entrevistas e questionários padronizados para toda equipe, como é feito no CAPSad, em que o procedimento mais utilizado é o registro no prontuário do paciente. Trata-se de um prontuário único em que toda a equipe interdisciplinar registra suas intervenções nele. Também há uma ficha de avaliação inicial igual para todos os técnicos. A diferença está no enfoque dado pelo profissional que realiza a entrevista, no item história de vida, por exemplo, enquanto o psicólogo se ocupará de investigar o sofrimento e os traumas acarretados pelo uso, o assistente social observará as relações sociais afetadas pelo processo do uso de álcool e outras drogas

A maioria dos relatórios feitos pelos assistentes sociais são os exigidos pelo Juizado da Infância e Juventude e os solicitados pelo Conselho Tutelar e programa Sentinela.

Tornou-se habitual que a elaboração dos relatórios fique à cargo das assistentes sociais, isso desde a primeira assistente social que trabalhou no CAPSad em 2006, passando pelas duas seguintes e atualmente também é uma assistente social quem responde estes ofícios da Promotoria da Infância e Juventude. O processo de estágio curricular obrigatório e não obrigatório, no período de maio de 2008 a novembro de 2009, proporcionou vários momentos de acompanhamento desta atividade de elaboração de ofícios.

Durante a disciplina *Processo de trabalho em Serviço Social em Instituições e organizações*, em 2006, fomos em cinco estudantes visitar a instituição CAPSad, nesta ocasião entrevistamos a primeira assistente social que trabalhou no serviço, e elaborou-se um relatório de visita institucional. Quando questionada sobre a documentação utilizada pelo Serviço Social, a assistente social respondeu que a profissão não tem um registro próprio de suas atividades devido ao acúmulo de tarefas sobre um único profissional, o que tornava evidente a necessidade de novas contratações de Assistentes Sociais na instituição o que assim possibilitaria um registro de suas atividades, a formulação e implementação de novos projetos.

Percebemos que já no início do funcionamento da instituição a demanda excessiva de atendimentos não possibilitava ao profissional do Serviço Social planejar e documentar adequadamente sua ação profissional.

A Avaliação Social, por exemplo, constituída como a única atividade privativa do assistente social no CAPSad, não possui uma ficha, um questionário padrão para orientar o atendimento.

Em uma das atas da supervisão clínico-institucional, o tema da supervisão era sobre as especificidades de cada profissão da equipe, sobre a avaliação social, atividade específica do Serviço Social, as assistentes sociais colocaram que depende do paciente, do que ele demanda, por exemplo, benefícios, condições sócio-econômica, considerando o contexto do paciente e de sua família.

Percebemos assim que não há uma preocupação efetiva em orientar e documentar a atividade realizada, já que o registro da avaliação social é feito no prontuário do paciente, nas chamadas *folhas de evolução*. Talvez a possibilidade de se pensar em uma ficha de avaliação social fosse o primeiro passo para despertar nos profissionais a consciência da importância de documentar adequadamente sua ação profissional, e para que assim possam planejar e sistematizar suas ações.

Uma questão que pode influenciar na (in) visibilidade do trabalho do assistente social e dificultar ainda mais a documentação e a sistematização da intervenção profissional é a informatização do CAPSad. Há pouco menos de um mês a rede *InfoSaúde* da Secretaria Municipal de Saúde, foi instalada no serviço, e os atendimentos registrados em prontuário de papel agora passarão a serem registrados no sistema. A maior parte das unidades de saúde do município já é informatizada, cada profissional precisa do número de matrícula na PMF e de uma senha para ter acesso aos prontuários.

Não que a informatização seja um problema em si, apesar de que a questão do sigilo profissional estaria em risco com esta nova forma de documentar os atendimentos. De toda forma, pensamos ser necessário que a categoria possua um documento próprio de registro ou continue a usar o prontuário de papel como forma de proteger o usuário, “salvo as situações que envolvam prejuízos aos interesses do usuário, de terceiros e da coletividade” (CRESS, 7^o Região, p. 24). Mas também como forma de permitir que as informações colhidas nas entrevistas, nos atendimentos individuais e nas avaliações sociais sejam adequadamente armazenadas e que sirvam não apenas para ocupar arquivos, ou ainda, “que acabem se transformando numa peça a mais na burocracia dos estabelecimentos onde atua o assistente social” (ALMEIDA, 2008, p. 401), todavia que sirvam para o planejamento, sistematização e avaliação das ações profissionais.

Quanto à sistematização, Miotto e Nogueira (2008, p. 208-281) afirmam que,

[...] o Serviço Social tem um conhecimento acumulado que o habilita a concretizar as ações demandadas na perspectiva da promoção à saúde, desde que se inscrevam de forma sistematizada e articulada aos marcos teóricos em curso.

Deste modo, a sistematização somente será possível se houver planejamento, documentação, avaliação e a partir de uma postura profissional “crítico-investigativa” (ALMEIDA, 2008, p. 403).

Netto (1989, p.150) também fala sobre a sistematização da prática profissional, relacionada a dois tipos de entendimentos, quer sejam:

Na primeira alternativa, a sistematização aparece como dupla requisição: de uma parte, é a condição para otimizar a própria intervenção prática, organizando e generalizando a experiência dos assistentes sociais e cristalizando pautas de procedimento profissional, reconhecidas como tais e transmissíveis via formação institucional; de outra, e fundamentalmente, é o passo compulsório para a fundação profissional, viabilizando o ‘recorte’ de um ‘objeto’ em função do qual a elaboração teórica desenvolveria o seu movimento de constituição de um saber específico.

Neste caso, a sistematização como forma de organizar e generalizar a experiência profissional se caracteriza como pressuposto de superação da alienação que perpassa o trabalho profissional e a partir de uma postura crítica, com fundamentos teóricos e que regularmente toma os rumos dado à ação profissional, assim como os seus resultados, como objetos de reflexão (ALMEIDA, 2008).

A sistematização da prática também se apresenta como forma de dar visibilidade ao trabalho do assistente social, dissolvendo a visão remota, mas ainda presente da profissão subordinada aos saberes “psi” (psiquiátricos e psicológicos), deixando de ser o profissional ‘assistente’, para se tornar aquele que através da sua bagagem teórica-metodológica, técnica-operativa e ético-político e articulado com os demais saberes possa construir estratégias para o enfrentamento desta problemática, que é uso de álcool e outras drogas, contribuindo para a mudança de paradigmas na Saúde Mental, para a superação dos estigmas e preconceitos existentes em nossa sociedade em relação às pessoas que têm problemas com o uso de álcool e outras drogas, contribuindo para a facilitação, ampliação e efetivação do acesso destas pessoas aos direitos sociais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho trouxe uma descrição da prática profissional do assistente social inserido no Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas de Florianópolis, a partir de seus elementos estruturantes entendidos como aqueles que sustentam toda e qualquer ação profissional, com destaque aqui para o planejamento, a documentação e a sistematização.

A primeira seção contribuiu para percebermos as mudanças ocorridas no âmbito das Políticas de Saúde, sobretudo na área da Saúde Mental. As conquistas obtidas pelo Movimento de Reforma Psiquiátrica, expressas principalmente na Lei nº10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Outras legislações neste campo, como a Política de Atenção Integral ao Usuário de álcool e outras drogas, por exemplo, vêm confirmar a preocupação da sociedade sobre o cuidado e o tratamento de pessoas portadoras de transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

É certo que as respostas do Estado têm tido significativos avanços, se considerarmos a conjuntura de pouco tempo atrás, em que as principais políticas públicas nesta área eram conservadoras e privilegiavam a repressão em detrimento da prevenção, do cuidado e do tratamento. A atual política de atenção aos usuários de álcool e drogas está centrada no fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, e assim como a Lei nº10.216, propõe o cuidado e o tratamento de base territorial, substituindo as internações.

Os avanços na área da Saúde Mental em Florianópolis tornam-se mais visíveis ao considerarmos a rede de atenção dos municípios vizinhos, os quais a grande maioria sequer contam com ambulatórios de Saúde Mental para o atendimento de alcoolistas e dependentes químicos, quando muito, disponibilizam vagas para internação em Comunidades Terapêuticas, indo de encontro aos princípios da Reforma Psiquiátrica, da desinstitucionalização e da ênfase nos serviços de base comunitária, visando a reinserção social destes indivíduos.

Apesar de contar com o suporte de três CAPS, o município de Florianópolis ainda está longe de ter tecida sua rede de atenção à Saúde Mental. Muitos dos dispositivos, como o CAPS III, as Residências Terapêuticas e os Centros de Convivência sequer entram na pauta política e no discurso da gestão, demonstrando o longo caminho que ainda temos que percorrer para visualizarmos na prática os objetivos propostos pela Reforma Psiquiátrica.

A seção sobre o Serviço Social na Saúde, em particular na Saúde Mental contribuiu para entendermos um dos desafios colocados à profissão, principalmente aos assistentes sociais inseridos nos serviços substitutivos, os CAPS.

Estes desafios se referem ao entendimento e a construção de justificativas que demonstrem a imprescindibilidade da atuação do assistente social no tratamento de pessoas acometidas por transtornos mentais. Dito isso em razão do texto da Portaria nº336, que regulamente os CAPS. A publicação não estabelece necessariamente a presença do profissional de Serviço Social na equipe técnica mínima.

Desta forma, o profissional inserido nestes espaços e que não tenha claro seus objetivos na instituição, que não tenha definidas suas competências e atribuições poderá ser substituído por “qualquer profissional de nível superior, entre eles: psicólogo, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico” (BRASIL, 2004, p.36).

Por fim, na terceira e última seção, além de caracterizarmos a instituição, seus objetivos e de que forma presta seus atendimentos à população, trazemos à tona a discussão sobre a prática profissional do assistente social dentro do CAPSad à partir de seu cotidiano e atividades profissionais.

Uma das questões que ganha ênfase nesta seção e que são tomadas como possível explicação para entendermos as lacunas na utilização do instrumental técnico-operativo no âmbito do planejamento e da documentação da prática profissional, é o vínculo temporário de serviço das assistentes sociais. Como vimos, desde a data de sua criação, cinco assistentes sociais já trabalharam na instituição, todas com o mesmo tipo de vínculo empregatício, o temporário.

A questão da flexibilização dos contratos de trabalho, a instabilidade do emprego e os vínculos temporários, vem afetando as condições para o planejamento das ações, para a intervenção de qualidade, para a documentação da prática e para a sistematização destas ações.

A ação profissional no CAPSad é descrita a partir dos *elementos estruturantes* que dão forma a esta prática, sendo eles: “o conhecimento/investigação, o planejamento, a documentação, os objetivos, as formas de abordagens dos sujeitos a quem se destinam as ações, os instrumentos técnico-operativos e outros recursos” (MIOTO; LIMA, 2008, p.37).

Como já afirmamos anteriormente, o problema do consumo de álcool e outras drogas tem crescido em dados assustadores, conseqüentemente, a demanda pelo atendimento nos serviços da rede tende a torna-se cada vez mais excessiva contribuindo para ações

remediativas, sem planejamento e documentação, ocorrendo muitas vezes o registro apenas para atender a burocracia dos serviços, cuja preocupação maior é a geração de números, de dados e de valores.

Percebemos que a proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, os NASF, que tiveram o processo de implantação iniciado nos dois últimos meses de 2009, no município de Florianópolis, podem vir a contribuir para uma considerável redução na demanda por atendimentos no CAPSad de Florianópolis. Outro fator que também contribuirá nesta realidade será a inauguração de um novo CAPS álcool e drogas no município, que ficará localizado no bairro Pantanal e atenderá os moradores da Ilha de Florianópolis, sendo que o CAPSad Estreito será responsável pelo atendimento aos moradores do Continente. Logo, o funcionamento destes novos serviços de saúde possibilitará um escoamento dos atendimentos prestados nesta instituição e que poderão ser resolvidos na atenção básica, com o fortalecimento das equipes de Saúde da Família junto com os NASF.

Concluimos assim, que a demanda excessiva de atendimentos prestados pela instituição CAPSad Florianópolis que atualmente se coloca como um dos dificultadores do planejamento e da documentação da prática profissional do Serviço Social será amenizada com o início de funcionamento destes novos dispositivos da rede de atenção à saúde.

Destacamos a informatização dos atendimentos como um fator que pode vir a dificultar ainda mais o processo de documentação da prática profissional do Serviço Social caso este recurso não seja adequadamente utilizado. Com a implantação deste novo modo de documentar os atendimentos, os registros tendem a tornar-se resumidos até mesmo pelo fato de não se poder registrar alguns detalhes em razão do sigilo e da ética profissional.

Como já afirmamos, a criação de uma ficha de Avaliação Social poderia auxiliar nesta questão, como forma de registro destas informações pertinentes, mas que não podem ser arquivadas no sistema InfoSaúde sob risco de acesso por centenas de pessoas. Estes registros utilizados pelas profissionais do CAPSad de Florianópolis também funcionariam como subsídios para o planejamento, a sistematização e avaliação das ações profissionais.

Com a realização deste trabalho percebemos a importância do planejamento e da documentação como pressupostos para a efetivação do trabalho do assistente social nesta instituição contribuindo para a superação da submissão, tão comum no trabalho em equipe interdisciplinar, principalmente em serviços de saúde, em que a figura do médico ainda é bastante centrada. Um dos fatores que influencia nesta submissão ocorre por que o profissional não tem definido seus objetivos, suas atribuições e competências.

Deste modo, o profissional que esteja atento ao movimento da realidade e tenha competência para realizar uma leitura crítica desta , que pense e planeje suas ações e que tenha claro a importância da documentação, não se verá preso às “amarras institucionais”, não servirá como um apêndice, um ‘profissional faz-tudo’. Ao contrário, a definição de seus objetivos e competências, é o instrumento que o assistente social tem em mãos para impor seu espaço, demonstrando o significado e a importância da sua prática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, L. (org.). **Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde**. Belo Horizonte: Edições do Campo Social, 2002.

ALMEIDA, N.L.T. Retomando a Temática da “Sistematização da Prática” em Serviço Social. In: MOTA, A. E. et al (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS/OMS/MS. Cortez, 2008.

ALMEIDA, E.S; CASTRO, C.G.J; VIEIRA, C.A.L. **Distritos Sanitários: Concepção e Organização**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade Federal de São Paulo, 1998. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_cidadania_volume01.pdf Acesso em: 24 out. 2009.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ANDRADE, A.A. et al. Sensibilização dos Profissionais de Saúde para a Implantação do Programa de Saúde da Família no município de Gravataí – RS. In: MEDEIROS, J.E.; CASTRO, J.D. **Sementes do SUS**. Porto Alegre: Palloti, 2006.

BERLINGUER, G. **Ética e Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

BEHRING, E.; BOSCHETTI, I.. **Política social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2006.

BERRIDGE, V. Dependência: história dos conceitos e teorias. In: Edwards & Lader. **A natureza da dependência das drogas**. Artes Médicas. Porto Alegre. 1994, p. 13-34.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e Saúde Mental: Uma Análise Institucional da Prática**. Cortez, São Paulo, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n.8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providencias. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1990.

_____. Lei n. 8142 de 28 de dezembro de 1992. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1990.

_____. Lei n. 10216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001. Disponível em: <<http://www.leidireto.com.br/lei-10216.html>>. Acesso em 15 out. 2009.

_____. Portaria nº336 de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece os Centros de Atenção Psicossocial nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Brasília: 2002. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2009.

_____. Lei n. 10718 de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília, 2003. Disponível em: < <http://www.leidireto.com.br/lei-10708.html> >. Acesso em: 04 nov. 2009.

_____. Portaria n. 1455 de 31 de julho de 2003. Destina incentivo financeiro, repassado fundo a fundo, para todos CAPS cadastrados junto ao Ministério da Saúde até o final do exercício de 2003. Brasília, 2003. Disponível em: <<http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/7153.html>> Acesso em: 04 nov. 2009.

_____. Instituto Nacional de Câncer – INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Abordagem e Tratamento do Fumante – Consenso 2001**. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

_____. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

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

_____. Portaria n. 1174 de 07 de julho de 2005. Destina incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e dá outras

providências. Brasília, 2005. Disponível em: <
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1174.htm>>. Acesso em: 04
nov. 2009.

_____. Portaria n. 154 de 24 de janeiro de 2008. Estabelece a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília, 2008.
Disponível em : < http://www.conasems.org.br/files/DO1_2008_01_25.pdf>. Acesso em: 19
nov. 2009.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programática Estratégicas. **Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição.** Brasília: Ministério da Saúde: 2004a.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL, Secretaria de Assistência Social. Lei n. 8742 de 07 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília, 1993. Disponível em: <
<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/lei8742.htm>>..
Acesso em: 05 nov. 2009.

BRASIL, Presidência da República. Lei n. 8662 de 07 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Brasília, 1993. Disponível em: <
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8662.htm>. Acesso em: 18 out. 2009.

BRAVO, M.I.S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional.** São Paulo: OPAS/OMS/MS. Cortez, 2008a.

BRAVO, M.I.S.; MATOS, M.C. Projeto ético-Político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate. In: MOTA, A. E. et al (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional.** São Paulo: OPAS/OMS/MS. Cortez, 2008b.

BUSCHER, R. **Drogas e drogadição no Brasil.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

CAVALCANTE, A. M. **Droga, esse barato sai caro.** 4. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempo, 2000.

COSTA, M.D.H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. In: MOTA, A. E. et al (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS/OMS/MS. Cortez, 2008.

CFESS. Parâmetros para atuação do assistente social na saúde. Brasília, 2009. 42 p.
Disponível
em:<http://www.cresssc.org.br/arquivos/Parametros_para_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf>. Acesso em: 25 set. 2009.

CRESS. Assistente Social: ética e direitos. Coletânea de Leis e Resoluções. Rio de Janeiro, CRESS 7º região, 2000.

FALEIROS, V.P. **A política social do Estado capitalista – as funções da Previdência e da Assistência Sociais**. São Paulo: Cortez, 1980.

FARIAS, L.M. et al. Acolhimento: Princípios, meios e fins. In: MEDEIROS, J.E.; CASTRO, J.D. **Sementes do SUS**. Porto Alegre: Palloti, 2006.

FEITOSA, L.G.G.C.; ROSA, L.C.S. Processo de Reestruturação da Reforma da Atenção em Saúde Mental no Brasil: avanços e desafios. **Sociedade em Debate** (UCPel), v. 14, p. 135-152, 2008.

GOHN, Maria da Glória (2001). **Conselhos Gestores e participação sociopolítica**. São Paulo, Cortez, (Coleção questões da nossa época; v.84).

GOMES, S. **Os desafios do Serviço Social no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Estado de Santa Catarina**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade do serviço social**. São Paulo: Cortez, 1995.

HARVEY, David. **A condição pós-moderna**. São Paulo: Atlas, 1989.

HUXLEY, A. **As portas da percepção**. Trad. Osvaldo de Araújo Souza. São Paulo: Globo, 2001.

IAMAMOTO, M. V & CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**. São Paulo: Cortez/Celats, 1982.

IAMAMOTO, M. V. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social**. 3 ed. São Paulo, Cortez, 1995.

_____. **Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2005.

_____. **Atribuições Privativas do(a) Assistente Social – Em Questão**. CFESS, 2002.

_____. As Dimensões Ético-políticas e Teórico-metodológicas no Serviço Social Contemporâneo. In: XVIII Seminário Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social. San José, Costa Rica, Jul. 2004. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-2.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2009.

LIMA, T.C.S. **A intervenção profissional do Serviço Social no contexto da cidadania e dos direitos: pensando as ações sócio-educativas**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

MACHADO, E. et al. **Estratégia Saúde da Família: Desafios, Dificuldades e Implantação do Programa no Município de Alvorada**. In: MEDEIROS, J.E.; CASTRO, J.D. **Sementes do SUS**. Porto Alegre: Palloti, 2006.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. 2 v., 2 ed.. Brasília: IPEA, 1996.

MELO, A . I. S. C. de; ALMEIDA, G. E. S. de. **Interdisciplinaridade: possibilidades e desafios para o trabalho profissional**. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo 04. O trabalho do assistente social e as políticas sociais. CFESS – ABEPSS – CEAD/NED. Brasília, 2000.

MIOTO, R.C.T. **Parâmetros para atuação do assistente social na Saúde**. Trabalho apresentado no evento de saúde do CFESS – Recife. Junho/2008a. digit.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. **Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde**. In: MOTA, A. E. et al (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS/OMS/MS. Cortez, 2008.

MIOTO, R. C. T.; LIMA, T. C. S. A dimensão técnico-operativa do Serviço Social em foco: sistematização de um processo investigativo. Porto Alegre: Revista Textos e Contextos, 2009. 27 p. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/5673/4126>>. Acesso em: 09 nov. 2009.

MONTAÑO, C. E.. O Serviço Social frente ao Neoliberalismo: mudanças na sua base de sustentação funcional-ocupacional. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 53, p. 102-125, mar. 1997.

NETTO, J. P. **Ditadura e Serviço Social – Uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. São Paulo: Cortez, 1996.

_____. A construção do projeto ético-político contemporâneo”. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo 1 – Brasília: Cead/ABEPSS/CFESS, 1999.

_____. Notas para a discussão da sistematização da prática em Serviço Social. **Cadernos ABESS**. São Paulo: Cortez, n.3, 1989.

OLIVEIRA, Claudete J. de. O Enfrentamento da dependência do álcool e outras drogas pelo estado brasileiro. In: MOTA, A. E. et al (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS/OMS/MS. Cortez, 2008.

PAIM, J.S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In ROUQUAYROL, M.Z. ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 5 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

PEREIRA, A.P. **Necessidades Humanas: Subsídios à crítica dos mínimos sociais**. São Paulo: Cortez, 2000.

PROCOLO DE ATENÇÃO À SAÚDE. Florianópolis: Secretaria Municipal de Saúde, 2008. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/saude/programas/saudemental/PROCOLO_SAUDE_MENTAL_jan08.pdf>. Acesso em: 14 out. 2009.

RESENDE, H. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. ; COSTA, N. (Orgs.). **Cidadania e loucura: políticas de Saúde Mental no Brasil**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1990.

REVISTA BRASILEIRA SAÚDE DA FAMÍLIA. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Trimestral. ISSN: 1518-2355.

SARMENTO, H. B. M. **Instrumentos e técnicas em Serviço Social: elementos para uma rediscussão.** Dissertação (Mestrado em Serviço Social) PUC. São Paulo, 1994.

SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS (SENAD). Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamentos, intervenção breve, Reinserção Social e Acompanhamento. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2008. 53p.

SCHIMIDT, M.D.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p.1487-1494, nov – dez. 2004.

SCLIAR, M. **Do mágico ao social: trajetória da saúde pública.** 2 ed. São Paulo: Editora SENAC São Paulo, 2005.

SERRA, R. (org.). Alterações no mundo do trabalho e repercussões no mercado profissional do Serviço Social. In: SERRA, R. **Trabalho e Reprodução.** São Paulo: Cortez, 2001.

SOUSA, M. F. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. **Revista Brasileira de Enfermagem: saúde da família.** V.53, nº especial. Brasília: ABEn, dez.2000.

STRONACH, B. Álcool e redução de danos. In: BRASIL/MS. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora em países em transição.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

VASCONCELOS, A.M. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde.** 2 ed. São Paulo: Cortez, 2003.

VELOSO, L.; CARVALHO, J. e SANTIAGO, L. Redução de danos decorrentes do uso de drogas: uma proposta educativa no âmbito das políticas públicas. In: MOTA, A. E. et al (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional.** São Paulo: OPAS/OMS/MS. Cortez, 2008.

WESTPHAL, N.; ALMEIDA, E.S. (Orgs.). **Gestão de Serviços de Saúde – Descentralização/municipalização do SUS.** São Paulo: EDUSP, 2001, p.1-31.

**YAZBEK, A.P. A Política Social brasileira nos anos 90: refileantropização da Questão Social.
In: Cadernos ABONG nº 11, 1995.**