

INTERFACES ENTRE SAÚDE COLETIVA E SAÚDE MENTAL: CONTRIBUIÇÕES PARA PLASTICIDADE DA REDE PSICOSSOCIAL NO ACOLHIMENTO FAMILIAR

Carlos André Silva do Vale¹;

(Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira; E-mail: carlosdovale7@gmail.com)¹

Resumo: Esse trabalho tem por objetivo trazer a luz as interfaces possíveis entre os Campos da Saúde Mental (SM) com o da Saúde Coletiva (SC). Tal proposta foi baseada no relato descritivo das experiências de estágio acadêmico em psicologia do autor, no ano de 2016 a 2017, no Centro de Atenção Psicossocial para tratamento da dependência química da cidade de Juazeiro do Norte-Ce. A problemática de buscar interseções entre esses campos da saúde pública brasileira surgiu mediante ao acolhimento aos familiares dos pacientes no dispositivo. Na construção de uma clínica ampliada dentro do equipamento, o autor descreveu a partir da sua participação no desenvolvimento do trabalho com famílias no CAPS Ad, como pensar, fazer e refletir sobre a “saúde mental ampliada” no molde transversal com outros eixos de discussões e práticas da saúde pública. Assim, mediante ao acolhimento grupal, pondera-se maiores investigações quanto a dinâmica interinstitucional e o engajamento profissional quanto a promoção do cuidado ético e político aos parentes dos pacientes do equipamento. Todavia, ao longo dos encontros, percebe-se a ampliação do conceito “sofrimento psíquico” de uma perspectiva individualizada para uma dimensão sociocultural, onde envolvia condições sociais de habitação, renda e educação precárias, ausência das políticas públicas socioassistenciais que buscassem a reintegração dos pacientes e da própria família a dinâmica socioafetiva da comunidade. Dessa maneira, o que se pesa nesse estreitamento entre SC e SM envolveu a busca de integralizar os processos, sistemas e ações de promoção da saúde mental no âmbito macrossocial e microssocial das relações familiares.

Palavras-chave:

Saúde Coletiva; Saúde Mental; CAPS Ad; Familiares.

INTRODUÇÃO

A construção do modelo integralizado da saúde tem levado a interlocução para além das práticas profissionais e do aparato teórico e reflexivo de compreensão dos fenômenos que envolvem o adoecimento mental. Dessa maneira, são exigidos dos serviços assistenciais de caráter psicossocial a reorganização do modelo de trabalho, que corresponda ao *saber-fazer* saúde em relação aos contextos transdisciplinares, multidisciplinares e interdisciplinares dos profissionais, a referência e contra-referência dentro das redes de saúde intersetorial e o desenvolvimento de estratégias de promoção à saúde como dimensão da cidadania (DIMENSTEIN et al, 2010; CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013).

Dessa forma, abre-se possibilidades de diálogos entre os multicampos de pesquisa, estudos e avaliação dos sistemas e processos que compõem à saúde pública do país. Isso tem por objetivo o fortalecimento das práticas democráticas do Sistema Único de Saúde (SUS) e a desestigmatização das políticas de saúde mental,

podendo-se se mostrar transversais e possibilitar a construção de estratégias de promoção da dignidade humana e a afirmação dos direitos humanos dentro das intervenções desenvolvidas para enfrentar os desafios da reintegração psicossocial e territorial (BOSI, 2012; BERNARDI;KANAN, 2015).

As discussões das interfaces possíveis entre Saúde Mental e Saúde Coletiva são recentes. Isso pode ser percebido nas discussões atuais sobre os rumos da saúde para o século XXI, onde as questões de saúde mental não estão bem equacionadas dentro da gestão e dos serviços da rede pública. Em virtude disso, paira no imaginário político e social que o Estado ao mesmo tempo que legaliza a oferta dos serviços substitutivos (Lei 10.2016/2011 e a Portaria 3088/2011), esse não oferta tecnologias, recursos humanos/materiais e financiamento para exercer a prática da saúde mental, deixando muitas vezes, o modelo manicomial se capilarizar dentro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (GAMA; CAMPOS; FERRER, 2014).

Assim, a proposta desse artigo foi caminhar diante do referencial teórico que confluísse a pensar as possibilidades de discutir as interações possíveis entre Saúde Mental e Saúde Coletiva. Não diluindo um campo de estudo no outro, mas tornando-os potentes quando a suas articulações conjuntas para garantir o cuidado ético e político dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Entende-se, que *rede* é composta por os processos, os fluxos, a dinâmica e a organização das redes dos serviços, que vão da atenção básica até as mais complexas. Essas são multigerminativas quanto a promoção da saúde e a oferta do cuidado, dentro de uma perspectiva regionalizada, participativa e integralizada que compõem o SUS (PAIM, 2008).

Para se chegar a essas discussões teóricas e conceituais, o autor fez conexões com as suas experiências como sujeito-participante dentro da Rede de Atenção Psicossocial(RAPS). Assim, ao longo do artigo, aparecem relatos descritivos das vivências nos estágios curriculares em psicologia, no Centro de Atenção Psicossocial para o tratamento do uso abusivo de álcool e outras drogas (CAPS Ad III) da cidade de Juazeiro do Norte. Essas atividades foram realizadas no período de 2016 e 2017, na modalidade acolhimento grupal aos familiares dos pacientes que faziam tratamento dentro do equipamento.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa de cunho descritivo das experiências vividas pelo autor, no Centro de Atenção Psicossocial para o tratamento da dependência de álcool e outras drogas, CAPS Ad III, no município de Juazeiro do Norte-Ce no período de 2016 a 2017.

Diante da construção teórica e conceitual, a estruturação desse trabalho seguiu os pressupostos da pesquisa participante, onde existe o processo de interação entre o pesquisador e o grupo pesquisado. Prodanov e Freitas (2013, p.69) falam que essa abordagem metodológica de pesquisa “está direcionada à união entre conhecimento e ação, visto que a prática (ação) é um componente essencial também do processo de conhecimento e de intervenção na realidade”.

Dessa forma, o desenho dessa experiência contou com as seguintes etapas: primeiro o levantamento dos pressupostos teórico-científico, que estão articulados conceitualmente ao longo do texto com os referenciais contidos no documento proposto pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), tal como : “Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil” de 2001 (BRASIL, 2001). Os materiais que enfatizam educação e saúde na proposta da rede de atenção psicossocial, como :” Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial” (BRASIL, 2004) e as legislações que fomentam as políticas de saúde mental, tai como a Lei 10.216 de 2011 e a portaria 3088 de 2011. Essas comentadas pelas experiências práticas e as pesquisas científicas do Conselho Federal de Psicologia, disponíveis nos documentos: Drogas, Direitos Humanos e Laço Social (CFP, 2013) e Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogos/os em Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (CFP, 2013).

Os referenciais teóricos no campo da Saúde Coletiva para as conexões com as discussões em Saúde Mental foram encontrados nas plataformas de dados da Scielo, Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e no Google Scholar no período de 10 anos, bem como o uso de livros do campo da saúde pública como fonte secundária.

Quanto à práxis da experiência, foi recorrido a modalidade grupal como abordagem de acolhimento familiar, possibilitada conforme a Portaria 336/2002, que estabelece com uma das formas de assistência a clientela dos serviços de saúde mental (BRASIL, 2002). Em consonância com essa proposta de acolhimento as famílias, foi utilizado o referencial de Costa-Rosa (2008; 2013) acerca do grupo-intercessor para construir as intervenções no campo grupal, que envolviam rodas de conversas, construções artística e cultural e momentos terapêuticos. O referencial desse autor busca superar

os paradigmas científicos de objetificação e individualização do sofrimento psíquico, construindo um espaço ético e político em que cada membro traga em sua constituição um saber sobre seu modo de vida, uma implicação singular para apostar no seu caminho entre o particular e o laço social.

Os encontros ocorreram no próprio CAPS Ad III, com periodicidade quinzenal, havendo a divulgação prévia por parte da equipe para os encontros, bem como sua disponibilidade de apoio interprofissional para o manejo e a proposição de ações conjuntas com os familiares.

O término do grupo ocorreu em virtude do encerramento das atividades acadêmicas, ficando acordado com a coordenação da instituição que essa daria prosseguimento a essa forma de trabalho, bem como o engajamento dos familiares dentro dessas propostas de cuidado pautado no estreitamento dos laços afetivos com o equipamento em questão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante dos impasses e possibilidades no fortalecimento de ações integrais de saúde, que sejam capazes de mobilizar os serviços, o poder público e os profissionais de saúde quanto estarem implicados no processo criativo e reinventivo das práticas de cuidado em saúde mental onde o contexto sociocultural possa fazer parte da dimensão terapêutica. Através dessa perspectiva social e cultural, pode-se apostar na filiação dos familiares a Rede de Atenção à Saúde (RAS), mais especificamente na RAPS para a construção de planos terapêuticos integralizados.

Essa aproximação promove (co)participação e o desenvolvimento de micropolíticas de ações de reintegração social das pessoas que tem problemáticas em virtude do uso abusivo de substâncias psicoativas, quer sejam no âmbito cultural, laboral, socioafetivo e sociofamiliar (LINS;SCAPARO,2010, p.266).

No caminho da construção dessa lógica de compreender o modelo de cuidado em saúde mental a partir da perspectiva da clínica ampliada, o GrupoFamília*, passou a ser uma aposta diária dentro do CAPS Ad. Em virtude da ausência de trabalhos no equipamento voltados para sensibilizar ou integrar a família na promoção de saúde mental. Dentro da literatura, Lins e Scaparo (2010) salientam que no fluxo de necessidades e demandas dos equipamentos de assistência psicossocial existe um código implícito que a família é causa do adoecimento psíquico ou a solução para ele.

Assim, para se construir um escopo organizativo com essa aposta interventiva, foi necessário se valer de modelos compreensivos do fluxo de trabalho na atenção à saúde mental. Nesse sentido, os modelos que os profissionais podem caminhar dentro dos equipamentos são propostos por Figueiredo (1996) a partir do saber existente entre a relação profissional e usuário, que pode ser: a) de cunho biomédico, onde os eventos estão/são de natureza orgânica que afeta o comportamento humano, b) o psicológico, em que o enfoque é sempre o desequilíbrio afetivo do sujeito e o último o modelo psicossocial, assegurado pela garantia de direito a saúde, onde todos os recursos humanos e materiais são mobilizados para dar assistência ao usuário do serviço.

Nessa imersão na dinâmica institucional no dispositivo, vieram à tona ao longo das estratégias de acolhimento aos familiares um modelo híbrido de assistência à saúde mental, que entrelaçava o saber biomédico e o psicossocial, o que corroborava para um fluxo polarizado nas formas de trabalho. Esse modelo de trabalho unilateral contribui para a construção de um plano terapêutico fragmentado e reduzido as lógicas excludentes pelas suas diferenças paradigmáticas e não complementares, dessa maneira descartasse o princípio da integralidade humana na saúde (GOMES; FREIRES, 2012).

Outra dimensão institucional que aparece na experiência pode ser condensada mediante aos “pressupostos morais implícitos” que envolvem a representação social negativa da droga (TEDESCO; SOUZA, 2009, p.144). Nesse sentido, vê-se que tais situações que moralizam o discurso da droga, aparecem como entraves para o estreitamento do vínculo profissional-clientela.

Algo nessa linha de pensamento emergiu nas entrevistas de triagem dos parentes para o grupo, tais como o seu desconhecimento da dinâmica institucional, como por exemplo, a própria rotina do serviço, os aspectos particulares do CAPS Ad III, como o atendimento a demanda de pessoas que estão fazendo uso abusivo de álcool e outras drogas. Assim, em virtude do seu desconhecimento do fluxo do serviço, tornar emergente a investigação da qualidade do vínculo entre o equipamento e os usuários da rede.

Recorrendo ao referencial científico para dialogar com esse cenário da experiência, Moreira e Campos (2017) esclarecem nos seus achados algumas possibilidades para o estabelecimento de deficiências estruturais e funcionais nos serviços psicossociais, tais como: a formação dos profissionais estarem voltadas para o modelo biomédico, a existência de um empobrecimento técnico e científico nas preposições terapêuticas, precarização dos sistemas de trabalho (humanos e materiais), hierarquização do

saberes e o desvirtuamento da cultura institucional dos CAPSs.

Por isso, desenvolver estratégias de cuidado em saúde mental que fujam da lógica manicomial é um ato de criação e invenção dos profissionais e dos gestores, que devem ser fortalecidas diariamente, bem como avaliadas e reorganizadas de acordo com o fluxo do serviço (DIMENSTEIN et al ,2010).

De todo modo, pensar o cuidado integral das pessoas que fazem uso abusivo de drogas, envolve articular estratégias de promover saúde mental dentro das suas particularidades intrafamiliar. Tendo em vista que as famílias são construções atravessadas pelas produções subjetivas de cada membro, tecendo uma rede relações movidas pelas estratégias de agenciar os seus mal-estares vividos diante dos impasses em decorrência da drogadição. Então, considera-se que “a drogadição é um sintoma que revela seu significado no contexto relacional-familiar e que promove ressonância nos sistemas ampliados”, tais como os socioparentais e fraterno-parentais (BAUMKARTEN; TATSCH, 2009.p.2).

Mediante ao movimento do Grupofamiliar, alguns parentes puderam expressar o seu própria saber acerca da presença das drogas nas suas redes de relações familiares, dando as esse saber o seu significado particular. Assim, apareceram representações para as drogas nos seguintes recortes: “ela desarticulou minha família”, “ela é o mal”, “ela representa à morte”, “ela é o inferno” “uma prisão” um “castigo”.

Nesse sentido, pensar que a família detém o saber acerca do seu sintoma particular e social, veio possibilitar ao longo dos encontros o compartilhamento das estratégias de cuidado desenvolvidas por elas para lidar com o adoecimento do seu familiar. Nesse aprofundamento na dinâmica relacional e a construção de laços saudáveis no grupo, pode-se reportar ao aprofundamento das “condições concretas de vida” da família, sendo ela um dispositivo promovedor das experiência de gerir saúde (AMARANTES, 1995, p.493; MINAYO; GUTIERREZ, 2010).

Dessa forma, alguns membros trouxeram que recorriam as estratégias de cárcere privado para evitar que os seus parentes saíssem para consumir drogas, a ocorrência da desestruturação dos papéis familiares para dar conta dos limites e possibilidades do tratamento da dependência química e o abandono total ou parcial da relação com o parente, objetificando-o através da rejeição desse na dinâmica relacional da família.

Logo, munir-se do arcabouço da saúde coletiva e da saúde mental, foi essencial para intervir com os saberes e práticas da psicologia nesse contexto desafiador e promissor da saúde. Nesse sentido, as palavras de Val et al (2017,

p.1304) acerca da integralização e preposições transversais de pensamentos para à saúde pública são sugestivas pra as novas roupagens das práticas interprofissionais que interliguem os saberes:

O processo de mudança nas concepções e práticas de saúde acontece na medida em que ocorre a aproximação de campos teóricos e práticas diversificadas, permitindo o questionamento de certo paradigma hegemônico. Tais transformações surgem a partir de experiências localizadas em espaços que possibilitam o (des)encontro de diversos atores e teorias que, aos poucos, vão tomando corpo e reconhecimento [...] Trata-se de um exercício necessário para o resgate das reflexões que estão na base da criação do SUS, sobretudo em um momento político em que esse sistema tem sido colocado em xeque.

Acrescentando a esse diálogo transversal, Freires e Gomes (2012) discutem que o sistema familiar tende a ser o primeiro a sofrer com os impactos dos efeitos do uso abusivo das drogas, o que reflete na fragilização dos vínculos afetivos e sociocomunitários, conflitos e eventos que corroborem com o status quo da situação do sujeito dependente químico. Isso pode compor uma estrutura intrafamiliar onde as estratégias de cuidado que se direcionam tanto para a promoção de um cuidado comprometido com as condições vida do parente como engendrar lógicas de exclusão e apagamento das suas redes de relações parenteais.

Assim, trazendo para a invenção das formas de trabalho, buscou-se diante disso o aprofundamento nas questões da “a família ideal” e a “família real”, através da produção gráfica dos familiares a partir dessas propostas disparadora. Assim, as colocações de significantes para a “família real” apareceram representadas por “tristeza”, “vergonha”, “ingratidão”, “incompreensão”, “isolamento” dentre outros. Os componentes do grupo sugeriram com essas suas indagações que as suas identificações socioafetivas estavam fragilizadas, mantendo um afrouxamento dos laços conjugais, parentais e fraternais.

Acerca disso, a literatura fornece subsídios para ancora-se teórico e reflexivamente diante dessas questões. Freires e Gomes (2012) falam acerca das relações intrafamiliares com os parentes que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas, que ao longo do tempo elas passam pelo processo de precarização da qualidade do vínculo familiar com esse parente. Dessa maneira, isso afeta as relações como os equipamentos de saúde, as instituições sociais e comunitárias e com outros membros dos subsistemas familiares que não usam drogas.

Fazendo uso dos referenciais práticos da saúde coletiva, considerou-se necessário abordar as relações intrafamiliar do ponto de vista ampliado diante do contexto inter-institucional. Essa reflexão buscou superar as concepções individualistas e causalísticas dos processos de adoecimentos biopsicossociais. Essa

proposta mobiliza o trabalhador da saúde a decantar a demanda pelo atendimento, buscando investigar as questões objetivas que acarretam o sofrimento psíquico, tais como: a fragilidade dos vínculos afetivos-familiares, uso de medicações, qualidade do acolhimento psicossocial nas instituições de saúde além dos os pontos implícitos, como os processos de subjetivação do adoecimento nas tramas familiares, o deslocamento dos papéis familiares e a alienação dos sujeitos frente ao discurso do saber da equipe de saúde (FIGUEIREDO, 1996).

Nesse raciocínio os embasamentos das perspectivas dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) foram fundamentais para uma abordagem multicêntrica e ampliada no acolhimento às demandas emergentes das famílias. Seguindo essa referência conceitual, os DSS são “fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p.79).

Mediante a possibilidade de construir um mapa relacional pra maiores aprofundamentos na dinâmica familiar, foram utilizados o Genograma e o Ecomapa, como ferramentas de exposição gráfica. Através dessas formas de tecnologia é possível perceber as forças que mobilizam as pessoas, a maneira pelas quais elas estão vinculadas as instituições e a sua própria percepção diante do seu contexto social. Isso inclui os processos de adoecimento dos familiares ao longo do tempo, bem como a forma como esses foram sendo acolhidos pela rede de instituições responsáveis (BORGES; COSTA; FARIA, 2015).

Nesse processo de criação, os participantes foram instigados a vasculhar além das dimensões objetivas das suas obras. Os conteúdos dinâmicos e antropológicos dos seus mapas estavam carregados de narrativas que apontavam para uma multidimensionalidade do adoecimento do seu familiar, tais como: a presença do uso de drogas na história familiar, violência doméstica, desamparo das políticas públicas socioassistenciais, ausência ou distanciamento das instituições societal, isso incluiu os CAPS, os espaços sociocomunitários de lazer e cultura.

Isso nos faz pensar que pode haver processos de apagamento da história dessas famílias dentro do seu território. Esses trouxeram que sua relação regionalizada com os dispositivos de saúde ocorre apenas para remarcação de consultas e busca de medicações e o seu vínculo sociocomunitário é precarizado.

A maneira como eles se viam no território, encarna o que Melman (2000) chama de traços socioparentais de identificação com a droga, ou seja, o que representava essa família no seu bairro era a droga que seu parente usava. Diante

disso, deve-se considerar que a família pode enfrentar ações marginalizantes e excludentes do poder público e social em virtude de ter um parente dependente químico.

Essa ampliação das perspectivas de olhar para os processos de saúde-doença de forma multicausal e coletivo é encontrada dentro dos estudos sobre Determinantes Sociais e Econômicos e Saúde Mental. Nesses são elencados fatores que influenciam a vida psíquica, tais como: educação, emprego, pobreza, gênero, habitação, urbanização, experiências precoces no ambiente familiar, processo de exclusão e estigmas sociais, cultura e estilo de vida. O conhecimento desses fatores possibilita a reorganização das redes de serviços para o atendimento da demanda real, planejamento dos custos efetivos das intervenções, o monitoramento e avaliação da saúde das pessoas em uma perspectiva territorial (ALVES; RODRIGUES, 2010).

Dessa forma, ao longo dos 14 encontros com os familiares, algo ainda ficou para ser feito, em virtude das limitações institucionais e acadêmicas. Houve o impedimento de nos desterritorializarmos dos modos institucionais de produzir saúde. Assim, as atividades se restringiram aos espaços físicos do CAPS Ad, pois emergiu-se diante das relações interprofissionais uma carência na compreensão epistêmica da necessidade de ampliar o acolhimento ético e político, promover fluxos relacionais que ultrapassem o modelo asilar e propiciar espaços de transição do cuidado manicomial para o psicossocial e territorial (FIGUEIREDO, 1996).

(IN)CONCLUSÕES

A partir da experiência de cunho conceitual e operacional vividas no dispositivo, aponta-se para maiores aprofundamentos investigativos acerca dos processos de trabalho dentro das redes de cuidado em saúde mental, no sentido de ampliar os horizontes para buscar sair do pensamento linear para o complexo e compartilhado, que só pode existir no conjunto dos saberes e das práticas interprofissionais e intersubjetivas.

A complexidade de desarticular os resquícios paradigmáticos do modelo asilar vem sendo um trabalho contínuo de profissionais, instituições e a alguns setores da esfera pública. Assim, convocar as famílias a integrar as ações de acolhimento, de construção e de avaliação dos serviços de saúde mental, torna possível o trabalho regionalizado e territorial, onde paulatinamente os estigmas e os entraves sociais podem ser superados e que exista efetivamente a reintegração familiar e da pessoa

dependente química a sua vida comunitária, dentro do seu espaço vivo de promoção da saúde.

Portanto, recorrer às interfaces possíveis entre Saúde Mental e Saúde Coletiva, diante da experiência, pode-se fortificar ações da clínica ampliada para pensar a saúde mental ampliada no contexto de uso abusivo de drogas. Essa aposta de conexões teóricas, conceituais e operacionais da SM com a SC, dentro do processo de trabalho em saúde, possibilitou ao autor ter acesso ao maior leque de tecnologias na área da saúde, principalmente as relacionais, para poder buscar efetivar o cuidado ético e político aos familiares.

Agradecimentos

Ao CAPS Ad III de Juazeiro do Norte, pela abertura e confiança de trilhar novos horizontes para formação ética e política do autor.

Aos familiares participantes do GrupoFamiliar, por terem compartilhado com o autor os seus caminhos e (des)caminhos na busca de amenizar os efeitos das drogas nas suas relações familiares.

Referências

- ALVES, A. A. M.; RODRIGUES, N. F. R.. Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 127-131, 2010. Disponível em < <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902510700031>>
- AMARANTE, Paulo. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 11, n. 3, p. 491-494, 1995.
- BAUMKARTEN, S.; TATSCH, D. T. **A psicologia e as intervenções familiares na drogadição**: o sintoma como mensagem da necessidade de mudança. XV Encontro Nacional da ABRAPSO. Maceió: ABRAPSO, 2009.
- BERNARDI, A.; B.; KANAN, L.; A.. Características dos serviços públicos de saúde mental (Capsi, Capsad, Caps III) do estado de Santa Catarina. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 107, 2015. Disponível em < <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2015.v39n107/1105-1116/pt/>>
- BOSI, M. L. M.; Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a02>>
- BORGES, C. D.; COSTA, M. M.; FARIA, J. G.; Genograma e atenção básica à saúde: em busca da integralidade. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 7, n. 2, p. 133-141, 2015. Disponível em < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2015000200007>
- BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional Antidrogas. **Política Nacional Antidrogas**. Presidência da República, Gabinete de

Segurança Institucional, Secretaria Nacional Antidrogas. Brasília, 2001

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional.** Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 9 fev. 2002b. Disponível em: . Acesso em: 10 nov. 2015.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em < https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0103-73312007000100006&script=sci_abstract&tlng=pt>

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Drogas, Direitos Humanos e Laço Social.** - Brasília:, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogos/os em Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas/** Conselho Federal de Psicologia. Brasília, 2013.

COSTA-ROSA, A. Intercessões e análises sobre o processo de produção saúde adoecimento-atenção no campo psíquico, num território municipal: produção de novas tecnologias para o implemento da Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde. UNESP/Assis. Mimeo. 2008

_____. (2013). **Atenção psicossocial além da Reforma Psiquiátrica:** contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: Editora Unesp.

DIMENSTEIN, M.; SALES, A. L.; GALVÃO, E.; SEVERO, A. K.; Estratégia da Atenção Psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. **Physis-Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, 2010. Disponível < <https://www.scielo.org/article/physis/2010.v20n4/1209-1226/>>

FIGUEIREDO, A. C. C.; **Vastas confusões e atendimentos imperfeitos:** a clínica psicanalítica no ambulatório público. 1996.

FREIRES, A.I.; GOMES, E. M. A.; O Papel da Família na Prevenção ao uso de Substâncias Psicoativas. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 1, p. 99-104, 2012. Disponível em < <http://www.biblionline.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/10899>>

GAMA, C. A. P.; CAMPOS, R. T. O.; FERRER, A. L. Saúde mental vulnerabilidade social: a direção do tratamento. **Rev Latinoam Psicopatol** .; 17 (1): 69-84. 2014 .Disponível em < <http://www.redalyc.org/html/2330/233030659006/>>

GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C.S.; Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, 2010. Disponível em <https://www.researchgate.net/profile/Maria_Minayo/publication/51444398_Knowledge_production_on_fa

(83) 3322.3222

contato@conbracis.com.br

www.conbracis.com.br

mily_health_care/links/545767c80cf2bccc490f83f4.pdf>

MELMAN, Charles. **Alcoolismo, delinquência, toxicomania**: uma outra forma de gozar. São Paulo: Escuta, 2000.

MOREIRA, M. I. B.;CAMPOS, R. T.O.; Ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial pela perspectiva dos usuários. **Saúde e Sociedade**, v. 26, p. 462-474, 2017. Disponível em < <https://www.scielosp.org/article/sausoc/2017.v26n2/462-474/pt/>>

LINS, M. R. S. W.; SCARPARO, H. B. K.; Drogadição na contemporaneidade: Pessoas, famílias e serviços tecendo redes de complexidade. **Psicologia Argumento**, v. 28, n. 62, p. 261-271, 2010. Disponível em < <https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/20007>>

PAIM, J. S.; **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. SciELO-Editora Fiocruz, 2008. p.168-323

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C.; **Metodologia do Trabalho Científico**: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico-2ª Edição. Editora Feevale, 2013.

TEDESCO,S.;SOUZA,T.P.; Territorios da clinica: redução de danos e os novos percursos éticos para a clínica das drogas. In: **Conexões :Saúde coletiva e políticas da subjetividade**, CARVALHO,S.R.;BARROS, M.E.;FERIGATO,S.(Org.). São Paulo, 2009

VAL, A.C.M.M.C.; CAMPOS; R. T. O.; GAMA, C.A.P.; Psicanálise e Saúde Coletiva: aproximações e possibilidades de contribuições. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, v. 27, p. 1287-1307, 2017. Disponível em < <https://www.scielosp.org/article/physis/2017.v27n4/1287-1307/>>