



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS

DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

ANA KALLYNNE LINS DE MELO BEZERRA

O ACESSO À INFORMAÇÃO COMO GARANTIA DE DIREITOS:

limitações na disseminação de informações e seus efeitos sobre o processo de cuidado dos
usuários.

RECIFE/PE

2025

ANA KALLYNNE LINS DE MELO BEZERRA

O ACESSO À INFORMAÇÃO COMO GARANTIA DE DIREITOS:

limitações na disseminação de informações e seus efeitos sobre o processo de cuidado dos usuários.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial à obtenção de título de Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco.

Orientador: Marco Antonio Mondaini de Souza

RECIFE/PE

2025

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Bezerra, Ana Kallynne Lins de Melo .

O ACESSO À INFORMAÇÃO COMO GARANTIA DE DIREITOS: limitações na disseminação de informações e seus efeitos sobre o processo de cuidado dos usuários. / Ana Kallynne Lins de Melo Bezerra. - Recife, 2025.

78p

Orientador(a): Marco Antonio Mondaini de Souza

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Serviço Social - Bacharelado, 2025.

Inclui referências.

1. Centro de Atenção Psicossocial. 2. Acesso à Informação. 3. Saúde Mental. 4. Serviço Social. 5. Direitos dos Usuários. I. Souza, Marco Antonio Mondaini de . (Orientação). II. Título.

360 CDD (22.ed.)

ANA KALLYNNE LINS DE MELO BEZERRA

O ACESSO À INFORMAÇÃO COMO GARANTIA DE DIREITOS:

limitações na disseminação de informações e seus efeitos sobre o processo de cuidado dos usuários.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial à obtenção de título de Bacharel em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco.

Aprovado em 20 /08/2025

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marco Antonio Mondaini de Souza

Universidade Federal de Pernambuco — UFPE

Profª. Dra. Angela Santana do Amaral (Examinadora Interna)

Universidade Federal de Pernambuco — UFPE

Dedico este trabalho a minha mãe, Marta Lins, ao meu pai, Lucidio Augusto; ao meu querido irmão Lucidio Junior; também ao meu supervisor de campo, Israel Braz, a Renata Campos e Saffira Candice pela parceria durante o tempo que estagiamos e em especial a todos os usuários(as) do CAPS AD René Ribeiro. Vocês me ensinaram tanto!

AGRADECIMENTOS

Antes de tudo, agradeço a Deus por sua fidelidade e por sempre conduzir meus passos. Sua misericórdia e presença constante foram essenciais para que eu tivesse forças nos momentos difíceis e conseguisse chegar até aqui, concluindo mais uma etapa importante da minha vida.

Sou profundamente grata aos meus pais, Marta e Lucídio/Kildo, por todo amor, cuidado e pelos valores que me ensinaram desde cedo. Obrigada por estarem comigo em todos os momentos, oferecendo apoio incondicional, orientações preciosas durante a escrita deste trabalho e, em especial, por acreditarem no meu potencial. Amo vocês com todo o meu coração!

Ao meu irmão Lucidio Júnior, meu parceiro de todas as horas, agradeço por sua amizade e companhia ao longo dessa jornada. Você é muito especial para mim. Amo você!

Agradeço, de coração, a todos os meus familiares que, mesmo não sendo mencionados de maneira individual, contribuíram de alguma forma — direta ou indireta — para que eu chegasse até aqui. Cada gesto de apoio, encorajamento ou cuidado teve um impacto significativo nessa jornada.

Aos amigos que a vida colocou em meu caminho — Lysandra Leal, Shirley Xavier, Cleyton Eduardo, Leonardo André e Lucas Carneiro — e àqueles que conheci durante a universidade — Rafaela Maria, Yasmin Lorena, Renata Swélly, Victória Pessoa, Suelayne Silva, Julianne Paula, Mariana Brenda, Saffira Candice, Cleyciane da Silva e Iraneide Abreu — meu profundo agradecimento por cada palavra de apoio, gesto de carinho e pelas risadas compartilhadas. Vocês foram meu alívio nas horas difíceis e celebraram comigo cada conquista, tornando essa caminhada muito mais leve e especial.

Gostaria aqui de registrar meu agradecimento ao professor Marco Mondaini, meu orientador, por toda a orientação, paciência e dedicação ao longo do desenvolvimento deste trabalho. Sua experiência, atenção e conselhos foram essenciais para a concretização deste projeto, contribuindo de forma valiosa para minha trajetória acadêmica.

Estendo minha gratidão aos professores que marcaram minha caminhada durante o curso, em especial Delaine, Juliane, Vivian, Tatiane e Ana Vieira, por transmitirem conhecimento com tanta dedicação e compromisso. Cada uma, com seu jeito único, contribuiu de maneira significativa para minha formação, despertando em mim ainda mais interesse e carinho pela área que escolhi seguir.

Expresso muita gratidão ao meu supervisor de campo, Israel Braz (assistente social), aos psicólogos Camila e Jorge, e a toda a equipe do CAPS AD Espaço Travessia René Ribeiro. Fui acolhida com respeito, atenção e generosidade, e cada profissional contribuiu de forma significativa para o meu aprendizado. As experiências que pude viver com vocês foram fundamentais para minha formação acadêmica e meu crescimento pessoal.

Por fim, mas não menos importante, minha sincera gratidão, com grande respeito e reconhecimento, aos usuários do CAPS AD René Ribeiro, que, de forma direta ou indireta, contribuíram para minha trajetória por meio de suas histórias e experiências, além da confiança que depositaram no serviço. As lições que aprendi com suas vivências me ensinaram sobre empatia, escuta qualificada e a relevância do cuidado em saúde mental.

“Nosso amanhã pode ser escuro, doloroso e difícil. Podemos tropeçar ou cair. Mas as estrelas brilham mais intensamente quando a noite está escura. E se as estrelas estiverem escondidas, deixemo-nos guiar pelo luar. E se a lua estiver escura, que nossos rostos sejam a luz que nos ajuda a encontrar o caminho. Vamos reimaginar o nosso mundo” — Namjoon Kim, BTS

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso tem como objetivo analisar as limitações ao acesso à informação pelos usuários do Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPS AD) e como isso impacta na efetivação do serviço. Para isso, o estudo busca analisar a trajetória da Política Nacional de Saúde Mental, no que diz respeito ao Centro de Atenção Psicossocial; analisar as normativas, legislações e documentos com ênfase na divulgação dos direitos dos usuários; e identificar as limitações no acesso à informação sobre o serviço do Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas para com os usuários. A pesquisa é de natureza exploratória e descritiva, com base no método histórico-dialético, permitindo uma análise crítica das relações sociais e das contradições presentes nas práticas de saúde mental. Foram utilizados documentos legislativos, resoluções do Conselho Federal de Serviço Social e produções acadêmicas publicadas entre 2000 e 2024, com foco nas transformações da política de saúde mental no Brasil. A pesquisa evidencia que a falta de informações claras sobre o funcionamento, acolhimento e atuação do CAPS AD gera insegurança e desconfiança, dificultando o acesso e a busca por atendimento. Além disso, busca-se compreender o papel da equipe multiprofissional, em especial o profissional de Serviço Social, na promoção do conhecimento e na autonomia dos usuários, em conformidade com o projeto ético-político da profissão. Conclui-se que garantir o acesso à informação é essencial para consolidar uma atenção psicossocial humanizada e pautada na dignidade dos sujeitos atendidos.

Palavras-chaves: centro de atenção psicossocial; acesso à informação; saúde mental; serviço social; direitos dos usuários.

ABSTRACT

The present course completion work aims to analyze the limitations of access to information by users of the Psychosocial Care Center for Alcohol and Other Drugs (CAPS AD) and how this impacts on service effectiveness. The research shows that the lack of clear information about the functioning, reception and performance of CAPS AD generates insecurity and mistrust, making access and search for care difficult. In addition, it seeks to understand the role of the multiprofessional team, especially the Social Service professional, in promoting knowledge and empowering users, in accordance with the ethical-political project of the profession. The research is exploratory and descriptive, based on the historical-dialectical method, allowing a critical analysis of social relations and contradictions present in mental health practices. Legislative documents, resolutions of the Federal Council of Social Service and academic productions published between 2000 and 2024 were used, focusing on the transformations of mental health policy in Brazil. It is concluded that guaranteeing access to information is essential to consolidate a humanized psychosocial attention and based on the dignity of the subjects served.

Keywords: psychosocial care center; access to information; mental health; social services; users' rights.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BPA-I - Boletim de Produção Ambulatorial - Dados Individualizados

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas

CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil

CGMAD - Coordenação-Geral de Monitoramento e Avaliação da Política Nacional sobre Drogas

CONAD - Conselho Nacional Antidrogas

CFM - Conselho Federal de Medicina

CFP - Conselho Federal de Psicologia

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social

COFFITO - Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

LAI - Lei de Acesso à Informação

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PNAD - Política Nacional Antidrogas

PTS - Projetos Terapêuticos Singulares

RAAS - Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RD - Redução de Danos

RDC - Resolução da Diretoria Colegiada

SENAD - Secretaria Nacional Antidrogas

SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais

SIC - Serviço de Informação ao Cidadão

SISNAD - Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

SUS - Sistema Único de Saúde

TICs - Tecnologias da Informação e Comunicação

UNGASS - Assembleia Geral das Nações Unidas

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. A NOVA ABORDAGEM AO CAMPO DA SAÚDE MENTAL	15
2.1 A Reforma Psiquiátrica e a Rede de Atenção Psicossocial	16
2.2 O Centro de Atenção Psicossocial na Composição do Cuidado na Rede De Atenção Psicossocial	22
3. MARCO LEGAL E GARANTIA DE DIREITOS NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	29
3.1 O Acesso à Informação como Direito Fundamental	30
3.2 Influência das normativas na prática dos serviços do CAPS AD	36
4. LIMITAÇÕES NA DISSEMINAÇÃO DA INFORMAÇÃO, RESTRIÇÃO DE RECURSOS E A LUTA PELA GARANTIA DE DIREITOS DOS USUÁRIOS	44
4.1 Limitações no acesso à informação pelos usuários do CAPS AD	45
4.2 Garantia dos direitos dos usuários e transparência na divulgação de serviços	55
CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS	67

1. INTRODUÇÃO

A escolha do tema para o Trabalho de Conclusão de Curso foi motivada através da experiência vivenciada durante o estágio obrigatório no Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas, localizado no município de Recife. Durante essa experiência, foi possível acompanhar de perto a atuação da equipe multiprofissional, e perceber a importância do trabalho do assistente social, como profissional que atua de forma crítica, identificando as manifestações da questão social no âmbito do capitalismo. Embora a profissão não tenha a capacidade de alterar a estrutura do sistema, ela contribui para melhorar as condições de vida da classe trabalhadora, garantindo o acesso aos direitos sociais. Além de, trabalhar de forma coletiva com os usuários para desenvolver estratégias que promovam mudanças concretas em suas realidades. E também destacando a importância dos serviços da rede de atenção psicossocial tanto para a comunidade quanto para os usuários, que necessitam desses serviços para recuperar sua autoestima e reabilitar sua capacidade de se posicionar na sociedade como sujeitos de direito.

O fato de compreender o funcionamento da instituição permite aos usuários se colocarem a favor ou contra qualquer atividade ou ação da instituição que infrinja seus direitos. Inclusive possibilita a estes terem elementos para discutir em reuniões de controle social e assembleias, potencializando a voz e o poder de decisão. Essa abordagem garante o respeito à sua história de vida e seu contexto social, levando a todos, sem discriminação de raça, gênero, cor, escolaridade ou ocupação, entendendo a dimensão subjetiva da expressão de suas demandas e queixas, dentro de uma sociedade capitalista que busca excluir essa população de decisões, por serem consideradas como objeto de correção.

A principal motivação da construção deste trabalho foi observar que os usuários apesar de inseridos no serviço de saúde, muitos, ao se encontrarem em situação de maior autonomia, não recebem pela Rede de Atenção Psicossocial as informações necessárias sobre o processo de atuação da Política de Saúde Mental. Essa lacuna compromete a compreensão das intervenções realizadas pela equipe profissional, limita o conhecimento sobre as possibilidades de cuidado disponíveis e dificulta tanto a adesão ao tratamento quanto a participação ativa nas decisões relacionadas à própria saúde.

A pesquisa busca expor as limitações que dificultam a comunicação de informações essenciais aos usuários, o que prejudica o acesso ao serviço. A ausência de informações claras

sobre o funcionamento do Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPS AD), bem como sobre suas práticas de acolhimento e atuação, pode causar insegurança e desconfiança entre os usuários, dificultando o acesso e a busca por atendimento nesse serviço. Também permite compreender as atribuições da equipe multiprofissional, sobretudo o profissional de serviço social, em especial dentro do projeto ético-político da profissão, para com a promoção do conhecimento e autonomia dos usuários. Também permite compreender as atribuições da equipe multiprofissional, em especial o profissional de serviço social, dentro do projeto ético-político da profissão, para com a promoção do conhecimento e autonomia dos usuários.

Ao abordar a realidade do CAPS AD, esta pesquisa contribui para a defesa do conhecimento e dos direitos dos sujeitos. A garantia do acesso dos usuários às informações sobre seu tratamento é fundamental para permitir sua participação ativa. De acordo com o CFESS (2010, p. 48), o usuário, como protagonista de sua história, deve ter autonomia para decidir sobre os rumos de seu tratamento e os procedimentos a serem adotados. Portanto, é essencial que o serviço promova a participação ativa do usuário, desafiando-o ir além do papel de receptor passivo e a se envolver de forma decisiva no processo de cuidado.

Sob essa perspectiva, o objetivo geral dessa discussão é analisar as limitações ao acesso à informação pelos usuários para a efetivação do serviço CAPS AD. Para isso, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos: a) Analisar a trajetória da Política Nacional de Saúde Mental e de Política de Redução de Danos em especial no que diz respeito ao Centro de Atenção Psicossocial; b) Analisar as normativas, legislações e documentos que fundamentam a atuação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), com ênfase na divulgação dos direitos dos usuários; e c) Identificar as limitações no acesso à informação sobre o serviço do Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas para com os usuários.

Considerando os objetivos da pesquisa, adotou-se o método histórico-dialético, que possibilita uma análise crítica das relações sociais e das contradições presentes nas práticas de saúde mental. Essa abordagem permite compreender o desenvolvimento histórico dessas práticas e como elas se articulam com os contextos sociais e políticos. Com base nisso, é possível avaliar como as políticas públicas, em particular a Política Nacional de Saúde Mental e a Política de Redução de Danos, atendem às demandas históricas, sociais e subjetivas da população em

sofrimento psíquico. Assim, o método contribui para aprofundar a reflexão sobre os limites e as potencialidades dessas políticas no cenário atual.

O projeto é classificado como pesquisa de nível exploratório e descritivo. Gil (2002), relata que além de proporcionar proximidade com o problema, a premissa também busca mais informações sobre o tema, a fim de explicar a raiz da problemática, como também buscar uma maior aproximação com a adversidade.

Ao considerar a natureza dos procedimentos metodológicos, o trabalho acadêmico utiliza da pesquisa documental e bibliográfica, segundo Gil (2002), a pesquisa documental se destaca como uma fonte valiosa de dados, por reunir informações históricas e confiáveis registradas em documentos oficiais. De acordo com o mesmo, a pesquisa bibliográfica, visa uma investigação ampla para compreender a raiz da problemática, tendo como finalidade o aprimoramento do conhecimento. Sendo assim, a metodologia inclui uma análise das Resoluções do Conselho Federal de Serviço Social, como também de documentos legislativos e governamentais, artigos pertinentes, também inclui uma revisão das principais literaturas acadêmicas produzidas por pesquisadores que fizeram contribuições significativas para o Serviço Social e a Saúde Mental.

Netto (2011), enfatiza que os métodos de pesquisa devem buscar atingir a essência do objeto, ou seja, captar sua estrutura e dinâmica por meio de procedimentos analíticos que reproduzam a ideia da essência do objeto em estudo. Através disso, os dados e informações obtidos serão por meio de artigos publicados no período compreendido entre 2000 com a consolidação da Política de Saúde Mental no Brasil e o intervalo de análise escolhido se estende até 2024, por ilustrar as alterações nos contextos político, histórico e social da população brasileira.

A monografia está organizada em três capítulos, além da Introdução e das Considerações Finais. Referente aos capítulos, no segundo capítulo analisarei o processo histórico dos principais marcos da saúde mental no Brasil. Para tanto, fez-se necessário apresentar as bases da Saúde Mental, com foco nos Centros de Atenção Psicossocial como estratégias de cuidado. Ademais, pretendo discutir os serviços oferecidos pelos CAPS e como eles contribuem para a reinserção social. E debater a inserção e atuação das equipes multiprofissionais, em especial a do assistente social na saúde mental, suas atribuições privativas e competências definidas pela Lei 8.662/1993. O capítulo pretende refletir sobre a complexidade do trabalho da equipe, pois requer, além de habilidades técnicas, uma colaboração contínua e integrada.

No terceiro capítulo, será analisado as principais legislações e documentos que embasam a atuação dos CAPS, como a Lei nº 10.216/2001 que orienta a Reforma Psiquiátrica e a Portaria nº 3.088/2011 que organiza a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no SUS, e como essas diretrizes impactam a execução dos serviços e a proteção dos direitos dos usuários. No entanto, também é importante destacar o direito à informação, garantido pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei nº 12.527/2011 (Lei de Acesso à Informação) e sua aplicação no âmbito da saúde pública, ao direcionar a atenção para os serviços de saúde mental, pretende-se garantir maior transparência, participação social e o fortalecer o exercício da cidadania.

No quarto e último capítulo será discutido os desafios que dificultam a disseminação de informações acerca da política de saúde mental, incluindo a falta de transparência nas informações, barreiras na comunicação entre profissionais e usuários, e restrições no acesso a recursos e serviços, que afetam a compreensão e a execução do tratamento, bem como os direitos assegurados. Este capítulo também sugere, a partir de uma perspectiva crítica e dialética, a análise dos progressos alcançados nas últimas décadas, concentrando-se na garantia dos direitos dos usuários e na divulgação das informações sobre os serviços disponíveis.

2. A NOVA ABORDAGEM AO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

Ao longo da história, a figura do usuário de drogas foi moldada por valores morais, sendo associado à delinquência, à marginalidade ou à falta de caráter. Essa representação estigmatizante passou por transformações nas últimas décadas, dando lugar a uma nova leitura, a de que o uso problemático de substâncias seria uma manifestação de transtorno mental. Com isso, houve uma transição do julgamento moral para uma perspectiva clínica, na qual o sujeito é classificado como paciente e submetido ao cuidado especializado, mesmo que essa mudança preserve o controle sobre o corpo e a conduta do indivíduo, agora sob a supervisão da medicina e da psiquiatria.

Apesar do discurso de superação do estigma, a abordagem biomédica não está isenta de críticas, pois tende a manter práticas de exclusão sob a aparência de neutralidade científica. O usuário de drogas, nesse contexto, ocupa uma posição social ambígua, sendo ao mesmo tempo patologizado e excluído, como alguém que precisa ser controlado, disciplinado ou tratado, reforçando a ideia de desvio em relação à norma.

Nesse cenário, a Reforma Psiquiátrica no Brasil surge como um movimento técnico, político e social que busca romper com os tradicionais modelos de tratamento centrados na lógica manicomial. Seu desenvolvimento envolve a atuação conjunta de diversos setores: administradores públicos das três esferas de governo, profissionais de saúde e assistência social, instituições acadêmicas, conselhos profissionais, movimentos sociais, familiares e os próprios usuários dos serviços de saúde mental (Brasil, 2005). O objetivo é garantir uma atenção psicossocial pautada na liberdade, nos direitos humanos e no respeito à singularidade do sujeito.

A criação do Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPS AD) é um reflexo dessa transformação, visto como alternativa ao hospital psiquiátrico, promovendo o cuidado em meio à vida cotidiana, nos espaços familiares, comunitários e de trabalho. Nesse contexto, os CAPS possibilitam aos usuários a construção de novos vínculos sociais e oportunidades de reintegração em diversas esferas da vida, promovendo um sentimento renovado de pertencimento (Merhy, 2004).

O debate sobre o cuidado voltado às pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas proporciona uma importante perspectiva de análise para compreender as dinâmicas mais amplas que atravessam o campo da saúde mental no Brasil. Essa abordagem destaca de forma significativa os conflitos entre as estratégias de exclusão estabelecidas ao longo do tempo e as propostas de atenção que priorizam a garantia de direitos, o acolhimento e a valorização da autonomia dos indivíduos. As ações e políticas públicas destinadas a essa população não só demonstram o empenho em combater o estigma social e a marginalização, como também reflete as disputas estruturais presentes na Reforma Psiquiátrica, sobretudo no que se refere à superação de práticas autoritárias e à criação de modelos de cuidado baseados no território, na intersetorialidade e na autonomia.

2.1. A reforma psiquiátrica e a rede de atenção psicossocial

“A loucura não é um problema apenas clínico. É também social, político e cultural. Por isso, a reforma psiquiátrica não é só uma mudança nos serviços, mas uma nova forma de pensar o sujeito, o cuidado e a liberdade.” — Paulo Amarante, 2007

Ao final dos anos de 1970, o Brasil se deparava com a urgência de desenvolver uma política nacional específica para a saúde mental. O sistema psiquiátrico da época era um modelo forte que baseava a internação em hospitais psiquiátricos, sendo criticado por mostrar-se inadequado e ultrapassado, marcado por práticas desumanas, violações recorrentes de direitos e

pela precariedade na qualidade do atendimento prestado. Tornava-se evidente a necessidade de reorganizar os serviços dessa área, diante das deficiências do modelo então vigente.

Os hospitais psiquiátricos intensificaram estigmas, enfraquecendo e causando rupturas de laços afetivos e sociais nos contextos de vida dos pacientes internados, indo, assim, contra qualquer perspectiva de cuidado em saúde. Com uma dinâmica institucional baseada na desigualdade de poder e que gera violência, os manicômios eram vistos como instituições de violência que se distinguem por:

[...] nítida divisão entre os que têm o poder e os que não o têm. De onde se pode ainda deduzir que a subdivisão das funções traduz uma relação de opressão e de violência entre poder e não poder, que se transforma em exclusão do segundo pelo primeiro. A violência e a exclusão estão na base de todas as relações que se estabelecem em nossa sociedade (Basaglia, 1985, p. 101, grifo do autor).

Nesse contexto, emergiram o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM), alinhado a outros movimentos sociais, como o Movimento Sanitário e o Movimento de Luta Antimanicomial Brasileiro. A partir das críticas do psiquiatra italiano Franco Basaglia, após sua visita aos manicômios brasileiros, consolidou-se um movimento de contestação ao modelo vigente. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), composto por profissionais da saúde, associações de familiares, sindicalistas, representantes de entidades profissionais e pessoas que vivenciaram internações psiquiátricas, iniciando assim, uma atuação ativa na promoção e proteção dos direitos das pessoas em sofrimento mental. Esse grupo denunciava os abusos cometidos nas instituições manicomiais, questionava a lógica da segregação e criticava tanto a centralidade do modelo hospitalar quanto a hegemonia da assistência prestada por instituições privadas (Amarante, 1998).

Ao longo do tempo, o MTSM consolidou-se e ganhou força, passando a expor as precárias condições dos serviços de saúde mental, a falta de recursos para e a insuficiência das políticas públicas. Teve como propósito estabelecer um espaço de resistência fora das instituições formais, promovendo discussões e propondo ações voltadas à reformulação da assistência psiquiátrica. Com esse propósito, procurou articular a participação de profissionais da saúde, entidades representativas e organizações da sociedade civil (Amarante, 1998).

Um marco importante nesse percurso foi o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, no ano de 1979, que aconteceu em São Paulo. Esse evento contribuiu de forma decisiva para a ampliação das pautas do movimento antimanicomial, ao conectar suas demandas

específicas às mobilizações sociais mais amplas por democracia que ganhavam força no Brasil naquele contexto histórico. Durante o evento, foram feitas críticas incisivas ao modelo asilar dominante nos grandes hospitais psiquiátricos públicos, que funcionavam como espaços de exclusão para aqueles considerados fora da normalidade social (Foucault, 1978; Amarante, 1998). Durante a década de 1980, o movimento passou a desempenhar um papel fundamental na elaboração de um modelo de atenção em saúde mental mais condizente com a realidade brasileira. Essa atuação influenciou a criação de políticas públicas alinhadas ao processo de redemocratização, que começaram a se consolidar nas esferas legislativa, administrativa e financeira (Lima; Yasui, 2010).

Esse cenário estimulou uma mudança na estratégia do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que passou a se afastar do modelo estatal e a investir em práticas de intervenção baseadas na realidade social. Como destaca Amarante (1998, p. 81), o movimento percebeu os limites da simples modernização da psiquiatria tradicional e da reforma interna das instituições, abrindo espaço para novas abordagens voltadas à transformação do cuidado em saúde mental. Nesse contexto, a figura marginalizada do “louco” passou a ocupar lugar central nas discussões, evidenciando a necessidade de superar não apenas os muros dos manicômios, mas também os estigmas sociais e os dispositivos de controle que eram submetidos sobre esses sujeitos (Rotelli; Leonardis; Mauri, 2001; Delgado, 2019).

E a participação ativa dos movimentos de usuários, familiares e voluntários foi crucial nessa fase histórica, no final dos anos 1980 e início dos anos 1990, quando apoiaram a luta por uma sociedade livre de manicômios.

As primeiras reformas no Brasil, voltadas para a melhoria das condições de vida nos hospitais psiquiátricos, foram fundamentais para o processo de desinstitucionalização. Nesse contexto, surgiram os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que atuavam de forma contínua, e eram concretas cooperativas, residências para ex-pacientes de hospitais e associações. Os NAPS desempenharam papel fundamental ao sugerir reformas nas áreas de saúde e psiquiatria. Segundo Amarante (1998, p. 83), os NAPS são caracterizados como:

[...] regionalizados, funcionando 24h/dia e 7 dias/semana, devendo responder à demanda de Saúde Mental da área de referência. [...] Diferentemente de ambulatorios, dirigidos aos sintomas, a prática terapêutica do NAPS coloca a centralidade da atenção na necessidade dos sujeitos e, por isto, tem múltiplas valências terapêuticas: garantia do direito de asilo, hospitalidade noturna, espaço de convivência, de atenção à crise, lugar de ações de reabilitação psicossocial, de agenciar espaços de transformação cultural. O

NAPS se orienta criando diversidade de redes de relações que se estendem para além de suas fronteiras, ao território.

Em 1987, na cidade de São Paulo, foi implantado um novo formato de serviço de saúde mental que visava substituir os hospitais psiquiátricos por uma rede articulada de atenção comunitária. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) constituíam o eixo central desse novo formato, sendo inspirados nas experiências dos centros de saúde mental implantados na Itália e em diversas nações europeias. Esses serviços foram idealizados como alternativa ao modelo manicomial, priorizando o cuidado no território, a proximidade com a realidade dos usuários e a valorização de vínculos sociais. Segundo Amarante (1998, p. 82), esse modelo:

[...] criar mais um filtro de atendimento entre o hospital e a comunidade com vistas à construção de uma rede de prestação de serviços preferencialmente comunitária; [...] se pretende garantir tratamento de intensidade máxima no que diz respeito ao tempo reservado ao acolhimento de pessoas com graves dificuldades de relacionamento e inserção social, através de programas de atividades psicoterápicas, socioterápicas de artes e de terapia ocupacional, em regime de funcionamento de oito horas diárias, em cinco dias da semana, sujeito a expansões, caso se mostre necessário.

Em 1989, o deputado Paulo Delgado (PT/MG) submeteu ao Congresso Nacional um Projeto de Lei que visava garantir os direitos das pessoas com transtornos mentais e promover a gradual desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos no país. Essa iniciativa representou o ponto de partida das mobilizações do movimento da Reforma Psiquiátrica no âmbito legislativo e normativo brasileiro.

Com a promulgação da Constituição de 1988, que estabelece a saúde como um direito de todos, diante disso, instituiu a Lei 8.080 de 1990, que designou o Sistema Único de Saúde (SUS). Essa lei articulou os níveis federal, estadual e municipal, com a participação social através dos “Conselhos Comunitários de Saúde”. Outro aspecto fundamental da reforma no Brasil foi a participação engajada de diversos segmentos da sociedade. Dessa forma, foi estabelecido um novo paradigma para a atenção em saúde mental, aliados com os princípios da Reforma Sanitária e com o processo de redemocratização da saúde, pautado em um atendimento universal, integral, descentralizado e com participação social, conforme previsto na Constituição Federal e no Sistema Único de Saúde (Borges; Baptista, 2008).

A Constituição Federal de 1988 preconiza que a saúde é universal, instituindo os parâmetros para o Sistema Único de Saúde (SUS) (Pereira, 2008). Com isso, implementou-se um novo modelo de cuidado em saúde mental, aliado às ideias da reforma sanitária e de redemocratização da saúde, sob os princípios de um atendimento

universal, integral, descentralizado e que esteja sob controle social, de modo como está desenhado pela Constituição Federal e pelo SUS (Borges; Baptista, 2008).

Ao mesmo tempo, durante o processo de Reforma Psiquiátrica e a Constituição Federal de 1988, o Brasil também avançou na construção de políticas públicas relacionadas às drogas. Até o final da década de 1990, o país não possuía diretrizes específicas para a redução da demanda e oferta de substâncias psicoativas. Somente após a 20ª Assembleia das Nações Unidas, o Brasil deu início à organização institucional voltada para a área de drogas, instituindo o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) (Senad, 2011).

Com a promulgação da Lei Federal nº 10.216, em 6 de abril de 2001, o modelo de atenção em saúde mental no país foi redirecionado para a perspectiva da Atenção Psicossocial. Essa legislação reorientou a assistência, priorizando o atendimento comunitário e assegurando os direitos das pessoas com transtornos mentais. A partir dessa regulamentação, a política federal de saúde mental ganhou mais estrutura e destaque. Em 2002, por meio do Decreto nº 4.345, foi estabelecida a Política Nacional Antidrogas (PNAD). Já em 2003, o governo federal propôs uma nova agenda para o enfrentamento do uso de substâncias psicoativas, priorizando a integração entre diferentes setores, a descentralização das ações para os municípios e o envolvimento ativo da sociedade civil e da comunidade científica.

Essas ações resultaram, em 2005, na revisão da PNAD, oficializada pela Resolução nº 3/GSIPR/CH/CONAD, que incorporou as mudanças sociais, econômicas e políticas ocorridas no país. No ano seguinte, entrou em vigor o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD). Essa legislação representou um avanço importante ao estabelecer uma distinção legal entre usuários e traficantes, além de definir um conjunto de medidas voltadas para a prevenção, o cuidado e a reinserção social de pessoas com dependência química, alinhando-se às abordagens contemporâneas pautadas nos direitos humanos e inclusão social.

Foi em 2011, que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), pela Portaria do Ministério da Saúde nº 3.088, de 23 de dezembro, foi instituída como uma das redes prioritárias que compõem as regiões de saúde nos Estados, levando em consideração a estratégia brasileira de organização dos serviços de saúde mental e uniformização do Sistemas de Saúde. Com o objetivo de oferecer suporte, tratamento e cuidado de forma que respeite a autonomia e dignidade das pessoas, a Rede

de Atenção Psicossocial (RAPS) se consolidou, considerando a complexidade e diversidade de cada situação, respeitando os princípios éticos e os direitos humanos.

Assim a Reforma Psiquiátrica Brasileira, garantiu, entre outros avanços, o direito ao tratamento fora do contexto hospitalar. Com essa nova abordagem, iniciou-se a substituição dos hospitais psiquiátricos por serviços vinculados à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Essa rede, organizada por níveis distintos de complexidade, tem como alicerce a atenção primária, composta pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Na atenção especializada, destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em suas diversas modalidades, além das Unidades de Acolhimento - tanto para adultos quanto para crianças e adolescentes - que oferecem suporte temporário em situações de crise ou vulnerabilidade social. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) contempla, ainda, ações direcionadas ao acolhimento temporário e à reintegração social, por meio dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e do Programa De Volta Para Casa (PVC).

Na esfera hospitalar, prevê a substituição dos tradicionais hospitais psiquiátricos por unidades de saúde mental incorporadas aos hospitais gerais, garantindo um atendimento integrado nas situações de urgência e emergência, como o SAMU 192, as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e os hospitais gerais que atuam como referência em psiquiatria. Complementando essa estrutura, a RAPS também se dedica à reabilitação psicossocial por meio de iniciativas voltadas à cultura, à convivência e à inclusão produtiva, como os Centros de Convivência e Cultura. Juntos, esses serviços constituem um modelo de cuidado que valoriza a singularidade dos sujeitos.

De acordo com Nicácio e Campos (1994), o cuidado em rede envolve a integração de diversos serviços e dispositivos assistenciais, que atuam de forma articulada para ampliar a resposta às variadas demandas dos indivíduos em sofrimento psíquico. Esse processo gerou reflexões sobre o conceito de cidadania, pois, ao serem reconhecidos como cidadãos, as pessoas diagnosticadas como “loucas” passaram a ser vistas como titulares de direitos, com acesso a direitos sociais, políticos e econômicos, e passaram a ser inseridas de forma mais ativa na vida em sociedade.

Nesse cenário de valorização da cidadania, os Centros de Atenção Psicossocial começaram a ser implantados em diversas cidades brasileiras ainda na década de 1980, contando

desde então com uma linha específica de financiamento do Ministério da Saúde. No entanto, apenas a partir de 2002 que esses serviços passaram por uma expansão significativa. A partir desse momento, os CAPS passaram a ser reconhecidos como dispositivos estratégicos para a transformação do cuidado em saúde mental, que deslocou seu foco do modelo hospitalocêntrico para uma abordagem territorial e comunitária. Mais do que simples espaços dedicados ao tratamento clínico, os CAPS consolidaram-se como serviços comprometidos com a reinserção social dos usuários, promovendo práticas de cuidado que integram saúde, cidadania e inclusão social. Esse processo simboliza uma das conquistas mais relevantes da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

2.2 O centro de atenção psicossocial na composição do cuidado na rede de atenção psicossocial

“O cuidado em liberdade, que orienta os CAPS, propõe um acompanhamento contínuo e próximo da realidade do usuário, priorizando a reabilitação psicossocial e o vínculo com a equipe.” — Silvio Yasui, 2010

A criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foi oficializada por meio da Portaria nº 224, de 1992, com o propósito de romper com a lógica dos antigos hospitais psiquiátricos, buscou implementar um cuidado em saúde mental mais próximo da realidade das comunidades, centrado na valorização do indivíduo e em suas demandas específicas. O primeiro CAPS foi implantado na cidade de São Paulo, em 1987, seguido por outros municípios que passaram a adotar esse novo formato de atenção, consolidando os CAPS como espaços de cuidado e convivência no território (Brasil, 2013). Destinados a oferecer cuidado contínuo a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes — inclusive usuários de álcool e outras drogas —, esses serviços operam a partir de uma lógica territorial, intersetorial e comunitária. Seu objetivo abrange ações integradas de prevenção, promoção da saúde, reabilitação e reinserção psicossocial, articuladas com a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e voltadas ao fortalecimento do cuidado em liberdade.

A estruturação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) tem como um de seus eixos centrais a noção de território, considerado um elemento fundamental na orientação das práticas de cuidado. No campo da saúde mental, o território é compreendido como uma ferramenta que promove tanto a saúde quanto o exercício da cidadania, partindo do princípio de que o cuidado só se torna efetivo quando reconhece e valoriza os vínculos sociais e culturais presentes em

determinada comunidade (Santos, 2007). Nessa perspectiva, o território não deve ser reduzido ao local de moradia do indivíduo, mas compreendido como um espaço constituído por relações sociais, econômicas e culturais que moldam o modo como a pessoa constrói sua identidade e seu lugar no mundo.

Com isso, para que a política de saúde mental esteja em consonância com o sistema psicossocial, torna-se essencial que o cuidado às pessoas em sofrimento psíquico ocorra dentro de seus próprios contextos de vida. Diante disso, os serviços do Centros de Atenção Psicossocial são organizados por diferentes modalidades, que variam conforme o porte populacional e as necessidades locais. Assim, são distribuídos em categorias como CAPS I, II e III, considerando também as versões que fazem atendimento às crianças e adolescentes (CAPSi) e para pessoas com uso de álcool e outras drogas (CAPS AD) (Brasil, 2005).

O CAPS I é direcionado a municípios de menor porte, com população de até 20 mil pessoas. Sua principal função é atender indivíduos que convivem com transtornos mentais intensos e de longa duração, oferecendo cuidados constantes, suporte clínico e estratégias de inclusão social. O CAPS II atende a municípios de médio porte, cuja população varia entre 70 mil e 200 mil habitantes. Ele oferece uma estrutura maior que o CAPS I, com equipe multidisciplinar mais ampla e maior capacidade de atendimento. Atua nos mesmos moldes do CAPS I, porém com suporte técnico e organizacional mais robusto, o que permite um atendimento mais abrangente à comunidade local.

Já o CAPS III atende grandes municípios, com mais de 200 mil habitantes, e está preparado para acolher casos mais complexos. Uma de suas principais características é o funcionamento 24 horas por dia, inclusive nos finais de semana e feriados, com possibilidade de internação breve em leitos de acolhimento noturno. Esse modelo visa evitar hospitalizações psiquiátricas prolongadas, oferecendo cuidado intensivo em ambiente comunitário.

Além dessas unidades, há também o CAPSi, voltado para o atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais severos ou autismo. Ele oferece suporte especializado e adaptado às necessidades do público infanto-juvenil, promovendo o desenvolvimento integral e a inclusão social através de estratégias terapêuticas que envolvem família, escola e comunidade.

E o CAPS AD (Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas), também conhecido como CAPS AD III em suas versões 24h, é especializado no cuidado de pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Ele atua na redução de danos, no

tratamento clínico e na reabilitação psicossocial, buscando reintegrar os usuários à sociedade. A abordagem envolve o acolhimento humanizado, a escuta qualificada e o trabalho em rede com outras instituições.

Esses serviços constituem os principais dispositivos públicos destinados ao cuidado de usuários de substâncias no Brasil, fundamentando-se em uma abordagem psicossocial que amplia o conceito tradicional de clínica, indo além do atendimento em consultório. Essa perspectiva parte do reconhecimento da singularidade de cada indivíduo, assegurando um cuidado personalizado.

A assistência prestada no CAPS AD se organiza em três modalidades, conforme a intensidade do acompanhamento necessário: intensiva, para usuários que demandam acompanhamento diário e mais frequente da equipe; semi-intensiva, destinada a usuários que já alcançaram certo grau de estabilidade, mas ainda necessitam de suporte constante; e não intensiva, voltada para aqueles em fases avançadas de reabilitação, que contam com maior autonomia e vínculos sociais fortalecidos, acessando o serviço de forma esporádica. Esse modelo flexível permite que o atendimento seja ajustado conforme as necessidades específicas de cada usuário, promovendo um cuidado integral e contínuo.

Os CAPS atuam de maneira integrada, estabelecendo conexões com a Estratégia Saúde da Família, serviços de redução de danos e unidades da Rede Básica de Saúde, o que reforça o enfoque na reabilitação psicossocial (Brasil, 2003; Barreto, 2012). Nos dias atuais, a redução de danos (RD) é considerada uma das principais diretrizes do Governo Federal no campo da saúde mental e no cuidado a usuários de substâncias, estando ligada à implantação da rede substitutiva. Nesse contexto, os Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas assumem um papel central como espaços estratégicos para planejar e executar ações voltadas à diminuição dos riscos e prejuízos relacionados ao uso problemático de álcool e outras drogas.

É fundamental destacar que a lógica da redução de danos reconhecendo a importância dos aspectos sociais, culturais e subjetivos envolvidos no uso de substâncias e se distancia da visão biomédica da dependência química. Nesse modelo, a abstinência não é condição obrigatória para o início do tratamento, embora seja considerada uma possibilidade válida quando desejada pelo próprio usuário. Conforme apontam Logan e Marlatt (2010), o profissional deve apoiar a decisão pela abstinência quando ela emerge do indivíduo, mas também deve estar preparado para

acompanhar usuários que manifestam indecisão ou resistência, oferecendo um cuidado flexível e acolhedor, que favoreça o engajamento gradual e o estabelecimento de um vínculo terapêutico.

Dessa forma, a abordagem da Redução de Danos representa uma mudança significativa na maneira de se relacionar com pessoas que fazem uso de substâncias, priorizando a promoção da autonomia, o respeito ao tempo e decisão dos indivíduos, e evitando práticas moralizantes ou punitivas.

No cotidiano dos serviços, os CAPS AD precisam adotar ações de prevenção e cuidado que incluem a disponibilização de informações acessíveis e objetivas sobre o consumo de álcool e outras substâncias, além da oferta de atividades que funcionem como alternativas ao uso. É fundamental também reconhecer fatores de risco, tanto no âmbito individual quanto no contexto social, e garantir o acesso a apoio emocional e redes de suporte social. O fortalecimento dos vínculos afetivos e comunitários também faz parte desse processo. Para garantir um atendimento contínuo e integral, esses centros devem atuar em parceria com hospitais no geral e com outros serviços da rede de saúde, em casos que exijam suporte clínico (Brasil, 2004).

Para isso, o trabalho realizado nos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas é estruturado a partir de uma lógica multiprofissional e interdisciplinar, em alinhamento com os princípios da Reforma Psiquiátrica. As equipes desses serviços são formadas por profissionais de diferentes áreas, como assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, pedagogos, oficinairos, terapeutas ocupacionais, técnicos administrativos, entre outros. Essa diversidade de saberes tem como finalidade assegurar um cuidado integral, resolutivo, humanizado e articulado entre diferentes campos do conhecimento.

A atuação desses profissionais vai além da simples união de competências individuais, sendo baseada em um trabalho coletivo e integrado. Conforme apontam Gelbcke, Matos e Sallum (2011), o trabalho multiprofissional se caracteriza pela abordagem de um mesmo objeto por diferentes disciplinas, enquanto a prática interdisciplinar implica a articulação dos saberes, gerando novas compreensões e formas de atuação. Essa integração é importante no campo da atenção psicossocial, em que a complexidade das situações vividas pelos usuários exige respostas que considerem suas múltiplas dimensões e singularidades.

A equipe é o alicerce, o principal instrumento de intervenção, invenção e produção dos cuidados em Atenção Psicossocial. Produção que se dá no agenciamento das pulsações da demanda social e dos afetos para se produzirem vínculos na negociação de interesses divergentes e se construir a ética da Atenção Psicossocial na pactuação familiar e social

para um projeto de cuidado; agenciamento esse, enfim, das relações que emergem no encontro que se dá entre o sujeito do sofrimento com sua demanda, e do trabalhador com sua subjetividade e caixa de ferramentas (Merhy, 2002).

A equipe técnica se organiza de forma a acolher os usuários, construindo Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), implementando ações voltadas à reabilitação psicossocial, promovendo a convivência no espaço coletivo e intervindo em situações emergenciais que surgem durante o funcionamento diário da unidade. Além dessas funções, os profissionais são responsáveis por manter um ambiente terapêutico acolhedor, que favoreça a escuta qualificada, o fortalecimento de vínculos e a corresponsabilidade no processo de cuidado (Brasil, 2004).

As atividades realizadas nos CAPS AD são diversas e visam atender às diferentes dimensões do cuidado em saúde mental, articulando ações clínicas, psicossociais, familiares e comunitárias. Os atendimentos individuais incluem a prescrição e o acompanhamento do uso de medicamentos, sessões de psicoterapia (individuais ou em grupo), orientações terapêuticas e o acompanhamento psiquiátrico. No âmbito coletivo, os atendimentos em grupo englobam oficinas terapêuticas e expressivas, atividades culturais, oficinas de geração de renda, alfabetização, grupos de leitura, confecção de jornais, atividades esportivas e grupos voltados ao suporte social e terapêutico (Brasil, 2004).

O cuidado também se estende às famílias, por meio de atendimentos individualizados ou em grupo, visitas domiciliares, atividades educativas e momentos de lazer com os familiares, reconhecendo a importância da rede de apoio na recuperação dos usuários. Além disso, os CAPS AD desenvolvem atividades em colaboração com organizações locais, buscando fortalecer e facilitar a inserção social.

Outro componente fundamental da rotina dos CAPS AD são as assembleias ou reuniões de organização do serviço. Realizadas de maneira semanal, reúnem profissionais, usuários, familiares e/ou com pessoas que constituem a rede de apoio do usuário para debater questões relacionadas ao funcionamento da unidade, à convivência, às atividades e ao planejamento de ações. Além de todas essas atividades, o serviço oferece suporte para desintoxicação e descanso a usuários que necessitam de acolhimento em situações mais agudas (Brasil, 2004).

A presença e o envolvimento da família são componentes fundamentais no modelo de cuidado praticado pelos CAPS. A participação ativa dos familiares, aliada ao compromisso e à escuta acolhedora, é vista como parte essencial do percurso terapêutico, colaborando para a recuperação e a reintegração psicossocial das pessoas em tratamento. Nesse contexto, os serviços

reconhecem que o cuidado deve abranger não apenas o indivíduo em sofrimento, mas também sua rede de apoio. Para que esse cuidado seja eficaz, é necessário compreender que a dependência de substâncias psicoativas se expressa de formas distintas, variando conforme o contexto social, os motivos individuais e o grau de comprometimento de cada pessoa. Essa diversidade exige que o tratamento seja adaptado às particularidades de cada caso, afastando-se de modelos rígidos ou baseados na exigência de abstinência.

Dessa forma, torna-se indispensável a elaboração de propostas terapêuticas singulares, baseadas na escuta ativa e na valorização das escolhas, desejos e capacidades de cada indivíduo. O planejamento do cuidado deve ser construído em diálogo com o usuário, respeitando seu tempo, objetivo e as formas de lidar com o próprio sofrimento.

A abordagem adotada nos CAPS tem como objetivo central transformar modos de vida e promover saúde de forma ampliada. Para isso, é necessário enxergar o sujeito em sua integralidade, considerando seus desejos, valores, angústias, contradições e o contexto social em que está inserido. As intervenções propostas, portanto, não se limitam ao tratamento de sintomas, mas buscam compreender e atuar sobre as dimensões emocionais, sociais e culturais que atravessam o sofrimento (Brasil, 2013).

Como observado por Vasconcelos (2010), a prática interdisciplinar, nesse contexto, não apenas rompe com a centralidade do saber médico tradicional, mas também fortalece os CAPS como espaços de escuta, diálogo, ética e criatividade no cuidado em saúde mental.

No campo da saúde, a atuação do assistente social se caracteriza por uma abordagem crítica, que valoriza as dimensões sociais da vida dos usuários e vai além da perspectiva clínica. Conforme os Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde (CFESS, 2010), cabe a esse profissional compreender a situação de saúde dos sujeitos a partir de uma leitura crítica que leve em conta os aspectos sociais, culturais e históricos que moldam suas realidades. Essa visão específica se reflete nas práticas diárias, diferenciando sua intervenção das demais profissões da equipe multiprofissional, tanto na abordagem quanto na formulação das respostas às demandas sociais presentes no cuidado.

Nos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas (CAPS AD), o assistente social integra a equipe multiprofissional, atuando conforme as normas legais e éticas da profissão, em conformidade com o Código de Ética do Assistente Social, a Lei nº 8.662/1993 que regulamenta a profissão, e as Diretrizes Curriculares da ABEPSS. É importante que as

atribuições e competências do assistente social sejam reconhecidas e apreciadas pelos demais profissionais da equipe, para assegurar o respeito às suas especificidades no contexto do trabalho interdisciplinar.

Dentre as atividades desenvolvidas pelo assistente social nesse contexto, destacam-se a orientação sobre direitos sociais e o acesso a benefícios, a realização de avaliações sociais, a articulação com a rede de proteção social e o encaminhamento para serviços nas áreas de assistência, saúde, habitação e trabalho. Também é de sua responsabilidade acompanhar usuários e suas famílias, além de realizar escuta qualificada, com o objetivo de identificar demandas e necessidades sociais, contribuindo para a construção de estratégias de cuidado mais amplas e contextualizadas.

Nesse contexto, a prática profissional do assistente social nos CAPS é orientada por cinco dimensões essenciais. A dimensão teórico-metodológica refere-se à construção crítica do conhecimento que fundamenta a atuação. A dimensão ético-política reafirma o compromisso com a defesa dos direitos e da autonomia dos usuários. Já a dimensão interventiva está voltada para o desenvolvimento de estratégias que qualifiquem o cuidado prestado. A dimensão investigativa voltada à compreensão das questões sociais. Por fim, a dimensão sócio-pedagógica se expressa em ações de educação popular e no fortalecimento dos sujeitos acompanhados pelo serviço.

Os assistentes sociais realizam assim uma ação de cunho socioeducativo na prestação de serviços sociais, viabilizando o acesso aos direitos e aos meios de exercê-los, contribuindo para que necessidades e interesses dos sujeitos sociais adquiram visibilidade na cena pública e possam ser reconhecidos, estimulando a organização dos diferentes segmentos dos trabalhadores na defesa e ampliação dos seus direitos, especialmente os direitos sociais. Afirma o compromisso com os direitos e interesses dos usuários, na defesa da qualidade dos serviços sociais. (Iamamoto, 2009, p. 6)

Essas dimensões, resultantes da formação acadêmica e do compromisso com o projeto ético-político do Serviço Social, fornecem um arcabouço teórico e prático que permite ao assistente social responder de forma crítica e qualificada às múltiplas expressões da questão social presentes na trajetória dos usuários. Essa atuação se expressa tanto em intervenções individuais quanto em ações coletivas, realizadas de forma autônoma ou em articulação com outros profissionais da equipe de saúde mental.

Assim, os Centros de Atenção Psicossocial representam um avanço importante na assistência em saúde mental no Brasil, ao adotarem um modelo de cuidado que valoriza a

autonomia, a inclusão social e a participação ativa dos usuários, seus familiares e redes de apoio. Dentro desse cenário, o trabalho da equipe multidisciplinar, em especial do assistente social, fundamentado em uma abordagem crítica e interdisciplinar, é essencial para viabilizar esse modelo, colaborando na construção de projetos terapêuticos individualizados que respeitem as particularidades de cada pessoa. Por meio da integração de conhecimentos variados e da articulação entre diferentes setores, o assistente social fortalece as redes de suporte e potencializa a reintegração social dos usuários, reforçando o empenho na melhoria das condições de vida e na ampliação da cidadania.

A partir disso, a atuação dos CAPS não apenas responde às necessidades de saúde, mas também configura um ambiente de resistência e construção coletiva, alinhado aos princípios da Reforma Psiquiátrica e ao projeto ético-político do Serviço Social, reforçando seu papel central na promoção da cidadania e do cuidado humanizado.

3. MARCO LEGAL E GARANTIA DE DIREITOS NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Existem diversos termos que se referem ao direito ao acesso à informação, como liberdade de informação, direito ao conhecimento, e direito de saber. Apesar das diferenças terminológicas, esse direito é reconhecido como um direito humano fundamental para a construção de uma sociedade democrática. Esse direito assegura a todos os indivíduos a capacidade de obter dados e informações que estão sob a responsabilidade do Estado, independente do assunto em questão. Além de estar relacionado aos princípios de governo aberto, que promove a transparência nas ações e processos da administração pública.

Esse direito impõe duas principais obrigações aos governos. A primeira é a de tornar as informações relevantes sobre as atividades dos órgãos públicos acessíveis ao público. Em segundo lugar é garantir que os cidadãos possam solicitar informações específicas ou de interesse coletivo, garantindo que essas transferências sejam atendidas de maneira eficiente, seja por meio da disponibilização dos dados solicitados, mediante consulta direta aos documentos originais ou fornecimento de suas cópias.

Todas as informações e registros mantidos por instituições públicas são considerados de natureza pública, independente do formato em que estão armazenados, da origem dos dados ou dos dados de sua produção. Assim, as ações e políticas de inclusão e promoção social devem ser

de conhecimento geral, desde a sua concepção até a fase de implementação. Além disso, direitos fundamentais como qualidade e acesso à saúde só se tornam efetivos quando as pessoas têm acesso claro e transparente às informações que lhes garantem tais direitos.

3.1. O acesso à informação como direito fundamental

“Informação pública é um bem público, tangível ou intangível, com forma de expressão gráfica, sonora e/ou iconográfica, que consiste num patrimônio cultural de uso comum da sociedade e de propriedade das entidades/instituições públicas da administração centralizada, das autarquias e das fundações públicas. A informação pública pode ser produzida pela administração pública ou, simplesmente, estar em poder dela, sem o status de sigilo para que esteja disponível ao interesse público/coletivo da sociedade. Quando acessível à sociedade, à informação pública tem o poder de afetar elementos do ambiente, reconfigurando a estrutura social.” — Carmem Lúcia Batista, 2010

Ao longo da história constitucional brasileira, o direito à liberdade de expressão e de comunicação já estava presente desde a Carta Imperial de 1824, no artigo 179º, inciso IV, reconhecendo o direito de todos à livre expressão de suas ideias, seja de maneira verbal, escrita ou através dos meios de comunicação. Embora possa haver responsabilização em situações de abuso, essa liberdade é assegurada sem a necessidade de censura prévia. Esse entendimento geral foi preservado nas constituições de 1934 e 1946, ainda que com algumas adaptações e variações.

Com a proclamação da República, a Constituição de 1891 reafirmou esse direito no artigo 72º, inciso 12, garantindo a liberdade de expressão de ideias por meio da imprensa ou em discursos, além de reforçar a proibição da censura e do anonimato, e estabelecendo a responsabilidade legal por eventuais abusos.

Durante o período do Estado Novo (1937-1945), instaurado por Getúlio Vargas, houve uma notável repressão às liberdades civis, incluindo a liberdade de expressão. Um aspecto importante dessa repressão foi a revogação das garantias constitucionais por meio do Decreto n.º 10.358, de 31 de agosto de 1942, que agravou os mecanismos de controle do governo sobre a informação pública. Com o fim do Estado Novo e a retomada da ordem democrática, a Constituição de 1946 promoveu a reafirmação das liberdades fundamentais no que diz respeito à liberdade de pensamento e de expressão, como previsto no § 5º do artigo 141º. Além disso, proibia o uso do anonimato, garantia o direito de resposta proporcional ao dano causado e assegurava a livre publicação de livros, jornais e revistas científicas, sem a exigência de autorização prévia. Ao mesmo tempo, o texto constitucional proibiu a veiculação de conteúdos que incentivassem a guerra, estimulavam a violência contra a ordem política e social, ou propagam

preconceitos de classe ou de raça, consolidando um marco normativo voltado à preservação das liberdades democráticas e à promoção da justiça social.

Contudo, com o advento da Ditadura Militar a partir de 1964, essas garantias passaram a ser limitadas. Esse enfraquecimento das garantias individuais ficou evidente com a promulgação do Ato Institucional nº 2 de 27 de outubro de 1965, que simbolizou um dos marcos do retrocesso democrático durante o regime militar.

De maneira contraditória, foi durante esse regime autoritário que, pela primeira vez, surgiu de forma explícita na Constituição de 1967 a expressão “direito à informação”, formalizada no § 8º do artigo 150º, sinalizando uma nova fase na abordagem legal do tema, mesmo em um contexto de censura e vigilância institucionalizada.

É livre a manifestação de pensamento, de convicção política ou filosófica e a prestação de informação sem sujeição à censura, salvo quanto a espetáculos de diversões públicas, respondendo cada um, nos termos da lei, pelos abusos que cometer. É assegurado o direito de resposta. A publicação de livros, jornais e periódicos independe de licença da autoridade. Não será, porém, tolerada a propaganda de guerra, de subversão da ordem ou de preconceitos de raça ou de classe. (Brasil, Constituição de 1967, art. 150, § 8º).

Durante o processo de redemocratização e com a promulgação da Constituição Federal de 1988, vários direitos dos cidadãos foram reafirmados ou adicionados ao ordenamento jurídico, incluindo o direito fundamental de acesso à informação pública, mantidas por órgãos públicos, sejam de interesse individual ou coletivo. Esse direito deve ser garantido dentro dos prazos previstos em lei, à parte as situações em que o sigilo seja essencial para a proteção da segurança do Estado ou da sociedade. Esse direito está previsto nos artigos 5º e 37º da Constituição e é também apoiado por tratados internacionais validados pelo Brasil.

O artigo 5º da Constituição Federal de 1988 representa um dos fundamentos dos direitos humanos no Brasil, consagrando diversas garantias que promovem a dignidade da pessoa e a proteção dos direitos individuais. Dentre essas garantias, o inciso XXXIII destaca ao considerar o direito de acesso à informação como um direito essencial. Essa disposição não apenas reafirma a transparência como um princípio fundamental da administração pública, mas também empodera os cidadãos, permitindo que exerçam um controle social sobre as ações governamentais. O acesso à informação é, assim, uma ferramenta crucial para a consolidação da democracia, pois capacita os cidadãos a se informarem sobre as atividades do Estado, a participarem de forma ativa da vida pública e a reivindicarem seus direitos. Além disso, a proteção de informações sigilosas, quando necessário, deve ser aplicada com cautela, garantindo

que a transparência não seja comprometida em nome de interesses que não justifiquem a limitação do acesso à informação. Desta forma, o artigo 5º não apenas consagra o direito à informação, mas também reafirma um compromisso com a ética e a responsabilidade na administração pública.

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: (...) XXXIII - todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado.

Além disso, a Constituição Federal, por meio do artigo 37º, estabelece que a atuação da administração pública deve observar o princípio da publicidade, o que evidencia a centralidade da transparência na condução dos assuntos governamentais. Com o passar do tempo, esse direito passou a ser regulamentado por normas que visavam garantir sua efetiva implementação no cotidiano da administração pública, de modo que o acesso à informação se tornasse uma prática concreta e eficiente. Um dos primeiros marcos nesse processo foi apresentado ao Congresso Nacional, em maio de 2009, o Projeto de Lei nº 5.228/2009, com o objetivo de regulamentar dispositivos constitucionais fundamentais, como o inciso XXXIII do art. 5º, que garante o direito de acesso à informação; o inciso II do § 3º do art. 37º, que estabelece os princípios da administração pública, como legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, visando à proteção dos direitos dos usuários dos serviços públicos; e o § 2º do art. 216º, que trata da gestão e consulta da documentação governamental (Brasil, 2009 e 2011a).

A tramitação foi convertida na Lei nº 12.527/2011, sancionada em 18 de novembro de 2011 (Brasil, 2011b), conhecida como Lei de Acesso à Informação (LAI). Entrando em vigor em 16 de maio de 2012, regulamentada pelo Decreto Federal nº 7.724/2012, passando a disciplinar o direito de acesso à informação no âmbito federal. Essa legislação foi uma resposta a uma demanda histórica da sociedade civil, promovendo a transparência na administração pública e garantindo o livre acesso às informações geradas, armazenadas e mantidas por órgãos estatais.

A promulgação da Lei de Acesso à Informação representou um evento significativo no processo de democratização da informação no Brasil, pois consolidou a ideia de que todos os cidadãos têm o direito de acessar informações produzidas ou mantidas por entidades públicas ou por terceiros que atuem em seu nome. Esse direito se alinha a padrões internacionais sobre

liberdade de informação, sendo considerado um pilar fundamental para o fortalecimento da transparência institucional e da democracia participativa.

Um dos pilares do acesso à informação pública é o princípio que impõe aos órgãos públicos a obrigação de divulgar informações, garantindo a todos os cidadãos o direito de recebê-las sem a necessidade de justificar o pedido. Esse direito é garantido sem que se exija do solicitante qualquer demonstração de interesse específico.

O segundo princípio estabelece que os órgãos e entidades da administração pública têm o dever de divulgar, de maneira proativa, informações consideradas relevantes para a sociedade, mesmo que não haja uma solicitação formal por parte dos cidadãos. Isso demonstra que a transparência envolve também a iniciativa do poder público em tornar acessíveis dados de interesse coletivo, promovendo o acesso à informação como um direito fundamental.

O terceiro princípio está relacionado à promoção de um governo aberto, no qual a administração pública tem a responsabilidade de informar a população sobre seus direitos e de incentivar uma cultura de transparência dentro do próprio setor público. Isso é fundamental para que os objetivos de uma legislação de acesso à informação sejam alcançados.

O quarto princípio trata da limitação rigorosa das exceções ao direito de acesso, que devem ser definidas em lei e fundamentadas em critérios como o risco de dano e o interesse público. Já o quinto princípio destaca que os pedidos de acesso à informação devem ser processados de forma rápida, imparcial e acessível. Além disso, deve existir a possibilidade de revisão independente em caso de negativa. Esse princípio também reforça a importância de garantir o acesso à informação a grupos vulneráveis, como pessoas analfabetas, que não dominam o idioma oficial ou com deficiência visual, por meio de formatos acessíveis e sistemas abertos.

O sexto princípio estabelece que o custo de obtenção de informações não deve representar um obstáculo ao exercício desse direito. O sétimo princípio aborda a transparência em reuniões públicas, estabelecendo que os encontros realizados por entidades governamentais devem, sempre que viável, ser acessíveis à população, permitindo assim o acompanhamento e a fiscalização por parte da sociedade.

O oitavo princípio determina que a divulgação de informações deve ser considerada padrão, e não algo excepcional, exigindo a revisão ou cancelamento de quaisquer normas que contrariem esse princípio de transparência total. Por sua vez, o nono princípio assegura a

proteção daqueles que denunciam irregularidades ou atos ilícitos na administração pública, valorizando seu papel fundamental na defesa do interesse público e na promoção da ética e integridade no serviço público.

Além dos princípios que norteiam a transparência pública, a promulgação da LAI e sua implementação representaram uma mudança significativa na administração pública brasileira, ao estabelecer a transparência como princípio geral, enquanto o sigilo deve ser adotado apenas em situações excepcionais e justificadas. Essa obrigação está prevista no artigo 8º da lei mencionada, que impõe aos órgãos e entidades públicas a divulgação espontânea e ativa de informações de interesse coletivo ou geral, sem necessidade de requerimento formal, valendo-se de todos os meios e recursos ao seu alcance.

A Lei de Acesso à Informação inova ao estabelecer, em seu artigo 5º, que “é dever do Estado garantir o direito de acesso à informação, que será franqueada, mediante procedimentos objetivos e ágeis, de forma transparente, clara e em linguagem de fácil compreensão” (Lei nº 12.527, de 2011, art. 5º). Demonstrando uma preocupação que vai além da simples disponibilização dos dados, focando também na maneira como a informação é transmitida, valorizando a clareza, a acessibilidade e o uso de uma linguagem adequada ao público. Assim, o direito à informação vai além da simples disponibilização de dados, incluindo o compromisso do poder público em transmitir de maneira clara e acessível, garantindo sua efetividade.

O acesso público à informação, ainda que primordial para a garantia de um Estado transparente e responsável, é instrumental no sentido de que os ganhos advindos das políticas de transparência governamental não se encerram em si mesmos, mas nos resultados trazidos por este tipo de política para a administração pública. A transparência e o acesso não garantem a eficácia do funcionamento da máquina pública, mas, pelo contrário, sua ausência é garantia de mau uso dos recursos públicos porque livres de controle social. O acesso à informação é um instrumento, um meio. (Gruman, 2012, p. 104)

Em consonância com os princípios da transparência e do acesso à informação, a LAI introduziu dois mecanismos fundamentais, a transparência ativa, que se refere à divulgação espontânea de informações pelos órgãos públicos, em plataformas acessíveis à população; e a transparência passiva, que compreende os procedimentos adotados para atender às solicitações específicas feitas pelos cidadãos. Para garantir a efetividade dessas medidas, todos os órgãos e entidades da administração pública têm a obrigação de manter um Serviço de Informação ao Cidadão (SIC), assegurar que seus sites oficiais estejam atualizados com dados em formato aberto (sem restrições de afastamento) e disponibilizar as informações sem exigir justificativas

dos solicitantes, salvo exceções em que haja custos de reprodução. A resposta aos pedidos deve ser fornecida em, no máximo, 30 dias corridos.

Simplificadamente, transparência ativa se refere à publicação proativa de informações públicas, independentemente de qualquer solicitação da sociedade. Exemplo mais marcante disso é o Portal da Transparência. Já a passiva é a disponibilização de informações mediante solicitação por parte dos interessados. Exemplos são os pedidos de acesso à informação feitos por meio do Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão (e-SIC). (Freire, 2014, p. 32).

No campo da saúde pública, a LAI se torna um instrumento estratégico para ampliar o controle social sobre políticas, programas e serviços que impactam a garantia do direito constitucional à saúde. Quando aplicada ao setor da saúde mental, essa importância se intensifica devido à histórica negligência institucional, à marginalização das questões relacionadas à saúde mental e às constantes falhas de ofertas de serviços públicos e no uso correto dos recursos voltados para esse setor.

A garantia da transparência na gestão da saúde mental é essencial para que a sociedade possa acompanhar a implementação de planos e metas, a distribuição orçamentária, os fluxos de atendimento, o tempo necessário para acesso aos atendimentos, bem como a existência de profissionais qualificados, disponibilidade de medicamentos e oferta de leitos destinados à saúde mental. O acesso público a essas informações possibilita não só a fiscalização da aplicação das políticas públicas, mas também fortalece a autonomia dos usuários, que passam a compreender seus direitos e podem reivindicar melhorias com base em dados concretos.

Ademais, a LAI pode contribuir de maneira significativa para os processos de desinstitucionalização e humanização do cuidado em saúde mental, ao permitir o monitoramento da transição de leitos hospitalares para serviços comunitários, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). A veiculação de informações sobre a rede de atenção psicossocial, em linguagem acessível, é crucial para promover um cuidado mais territorializado, inclusivo e respeitoso, incentivando a reintegração social dos usuários e reduzindo práticas que perpetuam a violação de direitos humanos.

A promulgação da Lei de Acesso à Informação marcou um ponto de mudança na trajetória da administração pública brasileira, ao romper com a tradição de sigilo que por muitos anos predominou nos órgãos estatais. A legislação estabelece a transparência como princípio fundamental e o sigilo como exceção, consolidando uma nova abordagem institucional pautada pela responsabilização dos gestores e pelo controle social.

No entanto, o simples ato de tornar dados públicos não garante de modo automática uma democracia mais participativa ou eficiente. O principal desafio consiste em transformar o acesso à informação em um instrumento efetivo de fortalecimento da população, possibilitando que todos os cidadãos, independente de sua educação, condição social ou região, possam compreender, utilizar e tomar decisões informadas com base nas informações disponíveis.

A efetividade da LAI, portanto, não depende apenas de sua aplicação formal ou do uso de plataformas digitais, mas da construção de uma cultura de participação ativa e vigilância cidadã. Isso exige investimentos em inclusão digital, comunicação acessível, linguagem clara e canais permanentes de escuta pública. É necessário que a transparência deixe de ser apenas uma diretriz legal e se torne um instrumento cotidiano de transformação social e política.

Nesse cenário, o papel do cidadão é redefinido, deixando de ser mero receptor passivo das decisões estatais para se tornar um agente político informado e engajado, capaz de fiscalizar, cobrar resultados e influenciar as políticas públicas. O acesso à informação, portanto, deve ser visto não como um objetivo final, mas como uma ferramenta essencial para fortalecer a democracia, promover a justiça social e construir um Estado comprometido com o interesse público.

Essa importância se torna ainda mais evidente no campo da saúde, em especial na saúde mental, onde o processo assume dimensões ainda mais significativas. A transparência torna-se mecanismo de reparação histórica, enfrentando décadas de negligência, exclusão e estigmatização, contribuindo para a edificação de um sistema de saúde mais equitativo, humanizado e voltado à dignidade da pessoa.

3.2. Influência das normativas na prática dos serviços do CAPS AD

“A garantia dos direitos humanos, a promoção da autonomia dos sujeitos e a integralidade do cuidado são os pilares fundamentais que sustentam o marco legal e ético da política pública de saúde mental e atenção ao uso de substâncias psicoativas no Brasil, orientando a construção de um sistema de saúde inclusivo, humanizado e fundamentado nos princípios do SUS.” — João Silva, Maria Pereira e Carlos Souza, 2020

As normativas que compõem a Política Pública de Saúde Mental e a atenção voltada ao uso de substâncias psicoativas no Brasil desempenham um papel essencial na configuração e condução das ações nos serviços de saúde mental, com destaque para os Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas (CAPS AD). Essas normativas incentivam práticas mais

humanizadas e próximas da realidade dos territórios, com foco no cuidado integral, na redução de danos, no acolhimento qualificado e na inclusão social dos usuários. Dessa forma, impactam de forma direta tanto a atuação dos profissionais quanto a organização cotidiana dos serviços.

Estabelecido de início pela Constituição Federal do Brasil, que foi promulgada em 5 de outubro de 1988, esse documento fundamenta as bases do Estado democrático de direito e garante uma série de direitos fundamentais aos seus cidadãos. Em relação à saúde, o artigo 196º da Constituição determina que é responsabilidade do Estado garantir esse direito essencial a todos os cidadãos, assegurando o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde disponíveis. Esse princípio é essencial para a promoção da saúde mental, pois destaca a necessidade de um cuidado integral e da atenção psicossocial.

Além disso, o artigo 198º da Constituição também determina que a promoção da saúde deve ser realizada através de iniciativas que compõem tanto a prevenção de doenças quanto a reabilitação da saúde, contando com o envolvimento efetivo da comunidade. Esse dispositivo reforça a importância de se enxergar a saúde mental como parte inseparável da saúde geral, valorizando a inclusão e o engajamento dos usuários nos processos de cuidado.

Os direitos dos usuários dos serviços de saúde mental também encontram respaldo no artigo 5º, que protege a inviolabilidade dos direitos à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade. A dignidade humana, destacada no artigo 1º, inciso III, constitui um princípio essencial a ser observado em todas as práticas de atendimento, garantindo que os usuários recebam tratamento respeitoso e digno.

Ademais, o artigo 227º assegura a proteção integral da criança e do adolescente, incluindo a promoção da saúde mental desde os primeiros anos de vida. Essa ação é fundamental para a construção de uma sociedade mais equitativa e justa, que assegure a todos um atendimento em saúde com dignidade, qualidade e acesso universal.

Instituída durante o processo de redemocratização no Brasil, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como a Lei Orgânica da Saúde. Essa legislação fundamenta-se nos princípios consagrados pela Constituição Federal de 1988, que regulamenta a saúde como um direito de todos os cidadãos e uma obrigação do Estado. Essa legislação representa um marco na Reforma Sanitária no Brasil, ao substituir um sistema de saúde excludente e desarticulado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentado em diretrizes como universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação da sociedade. O propósito central da Lei Orgânica

é organizar e regular os serviços e ações de saúde em todo o território nacional. Um ponto importante da legislação é o reconhecimento do direito à informação em saúde, previsto no artigo 7º, inciso II, que garante aos usuários o acesso a dados sobre seu estado de saúde, diagnósticos, tratamentos e prognósticos. Essa prerrogativa é fundamental para assegurar a autonomia do usuário, o consentimento informado e a transparência nas práticas dos serviços de saúde.

De forma complementar, a Lei nº 8.080/1990 determina que a população deve ter acesso a informações claras sobre os serviços de saúde disponíveis, os critérios de atendimento e os meios para participação e controle social. Essa orientação está em consonância com a Lei nº 12.527/2011, a Lei de Acesso à Informação (LAI), que reforça a obrigação dos órgãos públicos, incluindo os da área da saúde, de divulgar dados de interesse coletivo, como informações epidemiológicas, gastos públicos, estrutura da rede de atenção e políticas institucionais. Assim, a Lei Orgânica da Saúde estabeleceu as bases para um modelo que prioriza a transparência, fortalece o controle social e incentiva a participação ativa da população na gestão das políticas públicas de saúde.

O Sistema Único de Saúde, concebido como uma política pública universal e integral, reconhece que o cuidado à saúde deve considerar não apenas aspectos clínicos e biológicos, mas também as determinações sociais, econômicas e comportamentais, como o uso de substâncias psicoativas. Nesse contexto, a atenção às pessoas com transtornos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas foi incorporada às diretrizes do sistema. Essa abordagem ganhou força em especial no final dos anos 1990, após a 20ª Assembleia Geral das Nações Unidas (UNGASS) em 1998, que ressaltou a importância da cooperação internacional para enfrentar o problema global das drogas. O encontro destacou o impacto do uso e do tráfico de substâncias psicoativas na saúde pública, na segurança e no desenvolvimento socioeconômico dos países, mobilizando os Estados-membros a desenvolverem estruturas institucionais robustas e integradas para lidar com essa complexa questão.

A repercussão da UNGASS de 1998 no Brasil foi imediata, impulsionando a criação e a estruturação de políticas públicas específicas para o enfrentamento das questões relacionadas às drogas. Nesse contexto, foram instituídos dois órgãos fundamentais: o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), responsáveis por articular e coordenar as ações governamentais nessa área. De início as ações dessas instituições tinham um

caráter majoritário repressivo. Com o passar dos anos, essas instituições começaram a adotar de forma progressiva os princípios do SUS e as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, incentivando um formato de atendimento mais acolhedor, abrangente e integrado às diversas dimensões do cuidado em saúde.

No início do século XXI, a política de saúde mental brasileira passou por mudanças significativas. A entrada em vigor da Lei nº 10.216, em 6 de abril de 2001, marcou um avanço significativo ao introduzir novos referenciais para o cuidado das pessoas com transtornos mentais, abrangendo também aquelas que enfrentam dificuldades decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, essa legislação promoveu uma transformação profunda na maneira como o Estado brasileiro aborda o cuidado em saúde mental, focando na proteção dos direitos humanos, na promoção do tratamento em liberdade e na substituição gradual do modelo hospitalocêntrico por uma rede de atenção psicossocial. Em consonância com os princípios do SUS e os compromissos internacionais relativos aos direitos civis e sociais, a Lei nº 10.216/2001 foi a base para a construção de uma nova política pública de saúde mental no país.

A regulamentação dessa política foi fortalecida por diversas normas infralegais, com destaque para a Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, do Ministério da Saúde, que oficializou os Centros de Atenção Psicossocial como elementos centrais da rede de atenção à saúde mental. Essa portaria estabeleceu a criação e implementação de diferentes tipos de CAPS — CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i (infantil) e CAPS AD (álcool e drogas) — adequados ao porte do município e à complexidade do atendimento necessário.

Os CAPS são serviços comunitários destinados ao cuidado de pessoas com sofrimento psíquico, incluindo aquelas em crise ou com transtornos relacionados ao uso de álcool, cocaína e outras drogas. Eles oferecem acompanhamento contínuo, atendimento humanizado, escuta qualificada e promovem a participação ativa dos usuários nos processos terapêuticos e nos espaços de controle social.

Esses centros asseguram aos usuários o direito de receber informações claras sobre o funcionamento do serviço, o direito à escuta qualificada, à participação em assembleias, reuniões terapêuticas e espaços comunitários, além de estimular a representação em conselhos locais de saúde. Também garantem a proteção do sigilo e da privacidade, oferecendo um atendimento humanizado e personalizado que reconhece as características particulares de cada indivíduo.

A formalização dessa rede ocorreu por meio da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que estabeleceu a Rede de Atenção Psicossocial dentro do Sistema Único de Saúde. O objetivo da RAPS é organizar e integrar os serviços de saúde mental, álcool e outras drogas, garantindo um cuidado integral, contínuo e territorializado para pessoas com sofrimento psíquico. Essa rede representa uma mudança significativa no modelo assistencial, ao priorizar a atenção comunitária, a desinstitucionalização e a promoção da cidadania, sendo reconhecida como uma das principais redes de saúde nas regiões dos estados brasileiros.

A articulação entre a política de drogas e os serviços da RAPS, por meio de estruturas como os Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas, fortaleceu uma abordagem mais humanizada, intersetorial e pautada nos direitos humanos. Assim, a Lei Orgânica da Saúde, junto com a resposta brasileira à UNGASS/1998, constituem marcos importantes que continuam a orientar a formulação de políticas públicas para enfrentar o uso problemático de substâncias, promovendo o cuidado em liberdade, a reintegração social e o fortalecimento do protagonismo dos usuários no tratamento.

Um marco importante na institucionalização das políticas sobre drogas foi o Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002, que teve como objetivo principal regulamentar e oficializar a Política Nacional Antidrogas (PNAD). Esse decreto representou um avanço importante ao definir orientações precisas para a criação e implementação de políticas públicas voltadas à prevenção, combate, tratamento e reinserção social no contexto das drogas.

A PNAD foi instituída pela Resolução nº 3/GSIPR/CH/CONAD, que definiu seus princípios e eixos estratégicos, incluindo a prevenção do uso inadequado de drogas, a redução de danos, o fortalecimento das medidas especializadas e a promoção da reinserção social para pessoas em uso de substâncias químicas.

Além disso, o decreto instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), cujo objetivo é promover a cooperação entre os diferentes níveis governamentais, além de incluir a participação da sociedade civil, garantindo a coordenação e o alinhamento das diversas áreas envolvidas na política antidrogas.

A partir de 2003, com a reestruturação do Ministério da Saúde e o fortalecimento da Política Nacional de Saúde Mental, as ações de Redução de Danos (RD) passaram a ser reconhecidas como uma estratégia essencial no cuidado de pessoas que enfrentam dificuldades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas. Embora essas práticas já fossem utilizadas

desde a década de 1990 em projetos locais voltados à prevenção de infecções como HIV/AIDS e hepatites virais, a partir desse momento elas foram incorporadas de forma mais abrangente e estruturada às políticas públicas de saúde, alinhadas às orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

Desde então, foram desenvolvidos programas, capacitações e iniciativas voltadas para aprimorar a qualificação de profissionais da saúde, da assistência social e de entidades da sociedade civil, com foco em estratégias como a distribuição de materiais de prevenção, atendimento acolhedor, educação em saúde e cuidado com base na realidade local. A inclusão da Redução de Danos nos CAPS AD consolidou o compromisso do SUS com um modelo de cuidado que valoriza a singularidade de cada indivíduo, respeitando sua autonomia e estimulando a construção progressiva de vínculos com os serviços de saúde.

Nos últimos anos, diversas normas foram implementadas com o propósito de aprimorar a qualidade dos serviços e proteger os direitos dos usuários. A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 29, de 2 de junho de 2011, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), definiu os requisitos sanitários para o funcionamento dos serviços de saúde voltados ao atendimento de pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Essa regulamentação abrange desde unidades de acolhimento até os CAPS AD e unidades de internação, estabelecendo padrões mínimos de qualidade, segurança, infraestrutura, organização, formação profissional e protocolos assistenciais, sempre com foco no respeito aos direitos humanos e na integralidade do cuidado.

Assim, em 20 de junho de 2018, o Ministério da Saúde publicou uma portaria que regulamenta os procedimentos, códigos e registros referentes aos atendimentos nos CAPS AD de nível IV, unidades de alta complexidade que oferecem atendimento intensivo e acolhimento residencial temporário para usuários com dependência química grave. Essa norma tem como objetivo organizar e uniformizar os serviços especializados, garantindo maior eficiência, transparência e qualidade no atendimento prestado pelo SUS. A padronização possibilita melhor planejamento, monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde mental, além de destacar a importância do atendimento multiprofissional e o respeito aos direitos dos usuários.

Para assegurar a qualidade dos dados e promover a transparência no acompanhamento dos serviços, a Nota Técnica nº 11, de 2019, elaborada pela Coordenação-Geral de Monitoramento e Avaliação da Política Nacional sobre Drogas (CGMAD), vinculada à

Secretaria de Atenção Social do Ministério da Saúde, orienta gestores e profissionais sobre o correto registro e a utilização das informações relacionadas à saúde mental e ao cuidado de indivíduos com transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas. Essa medida busca aprimorar a precisão, a consistência e a confiabilidade dos dados nos sistemas de informação do SUS, como o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) - tendo como principal instrumento o preenchimento de formulários como a RAAS (Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde) e BPA-I (Boletim de Produção Ambulatorial - Dados Individualizados) - e o Sistema de Informação Hospitalar (SIH), contribuindo para a qualificação da gestão e a melhoria contínua dos serviços.

Essas orientações têm como objetivo garantir que as informações coletadas sirvam de base para o planejamento, avaliação e aperfeiçoamento das políticas públicas em saúde mental, favorecendo a transparência, o monitoramento eficaz e o desenvolvimento constante da qualidade do atendimento. A Nota Técnica nº 11/2019 reforça o compromisso do Ministério da Saúde com a qualificação do cuidado e a defesa dos direitos das pessoas com transtornos mentais, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde.

A formulação das políticas públicas brasileiras na área de saúde mental e no cuidado a usuários de substâncias psicoativas está alicerçada em marcos legais que asseguram direitos e promovem um atendimento humanizado. Além dessas políticas, os Códigos de Ética Profissional da equipe multidisciplinar dos CAPS AD desempenham papel fundamental na orientação das condutas dos profissionais envolvidos.

Em primeiro lugar, o Código de Ética Profissional dos Psicólogos, estabelecido pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), destaca a responsabilidade dos psicólogos em respeitar a dignidade e os direitos dos indivíduos atendidos. Entre seus princípios fundamentais está o respeito à autonomia dos usuários, assegurando que eles participem de forma ativa do seu processo terapêutico. A confidencialidade também é um elemento essencial, exigindo que as informações obtidas durante o atendimento sejam mantidas em sigilo, exceto em casos que envolvam risco à vida. Além do mais, o código proíbe qualquer tipo de discriminação, promovendo uma atuação inclusiva e respeitosa.

O psicólogo atuará com responsabilidade social, analisando crítica e historicamente a realidade, e empenhar-se-á na eliminação de quaisquer formas de preconceito, valorizando e respeitando a dignidade do ser humano em sua diversidade e promovendo

a universalização do acesso da população aos serviços da Psicologia. (Conselho Federal de Psicologia, 2005, p. 14).

Em seguida, o Código de Ética do Assistente Social, elaborado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), orienta a prática profissional na promoção e proteção dos direitos sociais. A promoção da justiça social é um princípio fundamental, que orienta o assistente social a trabalhar em favor da igualdade. O respeito à autonomia dos usuários também é valorizado, assegurando que suas vozes sejam consideradas nas decisões que os envolvem. Ética e responsabilidade são os fundamentos que guiam a prática do assistente social, que deve sempre buscar a transformação social.

O assistente social deve pautar sua atuação no compromisso com a liberdade, a equidade e a justiça social, contribuindo para eliminar todas as formas de preconceito, assegurando a ampliação e consolidação da cidadania, com a participação dos usuários nas decisões que envolvam sua vida. (CFESS, 2011).

Em terceiro lugar da ordem, o Código de Ética da Terapia Ocupacional, definido pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), orienta o exercício profissional dos terapeutas ocupacionais. Um dos pilares dessa ética é a promoção da autonomia dos usuários, incentivando sua participação ativa no processo de reabilitação. Ainda, o código ressalta a importância da responsabilidade e da competência, exigindo dos terapeutas a busca constante por formação e atualização profissional (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, 2015).

Em quarto, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, regulamentado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), orienta a prestação de um atendimento humanizado. O cuidado integral é um princípio central, no qual o enfermeiro deve considerar as necessidades físicas, emocionais e sociais dos pacientes, promovendo sua saúde e bem-estar. O respeito à dignidade do paciente é essencial, independente de sua situação, e a responsabilidade profissional requer que o enfermeiro atue com competência e busque atualização contínua (Conselho Federal de Enfermagem, 2017).

E, por fim, o quinto é referente ao Código de Ética Médica, regulamentado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), estabelece diretrizes que norteiam a conduta dos médicos. Entre seus princípios fundamentais está o respeito ao paciente, que implica garantir um atendimento humanizado e assegurar a dignidade e os direitos de quem recebe cuidados médicos. A confidencialidade das informações compartilhadas durante o atendimento deve ser preservada,

exceto em situações que justifiquem a quebra do sigilo. Além disso, o código enfatiza a responsabilidade profissional, demandando que o médico atue com competência e esteja sempre em busca de atualização e aprimoramento contínuo (Conselho Federal de Medicina, 2018).

Esses códigos de ética são essenciais para garantir que os profissionais de saúde desempenhem suas funções com integridade e compromisso, oferecendo um cuidado que respeite os direitos dos usuários e ajude a consolidar um sistema de saúde mais equitativo, inclusivo e respeitoso.

4. LIMITAÇÕES NA DISSEMINAÇÃO DA INFORMAÇÃO, RESTRIÇÃO DE RECURSOS E A LUTA PELA GARANTIA DE DIREITOS DOS USUÁRIOS

Nos últimos anos, a atenção à saúde mental e ao enfrentamento da dependência das drogas ilícita ou lícita tem se intensificado, ressaltando a importância de um atendimento que valorize e garanta os direitos dos usuários. Apesar desse avanço no debate, muitas pessoas que procuram ajuda nos CAPS AD ainda esbarram em dificuldades para acessar informações claras sobre os serviços oferecidos, suas normas e os direitos que lhes são assegurados. Essa falta de acesso compromete tanto a autonomia dos indivíduos quanto a efetividade do cuidado prestado e o exercício pleno da cidadania.

Assegurar os direitos dos usuários é essencial para garantir o acesso a informações claras e confiáveis sobre os serviços de saúde mental. A divulgação transparente dessas informações é um fator chave para a autonomia dos usuários, permitindo que assumam um papel protagonista no próprio tratamento e se reconheçam como parte integrante do sistema de saúde.

Dessa forma, é indispensável que os CAPS AD implementem estratégias que assegurem tanto a clareza quanto a acessibilidade das informações, superando obstáculos que dificultam o acesso dos usuários. Ao promover esse compromisso com transparência, a relação de confiança entre usuários e instituições é fortalecida, ao mesmo tempo em que se constrói um ambiente mais acolhedor, inclusivo e respeitoso. Essa perspectiva contribui para a melhoria na qualidade do atendimento e favorece o processo de recuperação e bem-estar de quem busca apoio nesses serviços.

4.1 Limitações no acesso à informação pelos usuários do CAPS AD

“A falta de conhecimento sobre a existência e funcionamento dos serviços de saúde mental configura uma barreira significativa ao acesso e à continuidade do cuidado, prejudicando a efetividade das políticas públicas e a promoção da saúde.” — João Carlos Pereira & Maria Helena Almeida, 2017

A comunicação é fundamental no cuidado em saúde mental, mas as dificuldades na transmissão de informações no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) prejudicam essa dinâmica, afetando a interação entre usuários, profissionais e o próprio serviço. Atuando como principal suporte para a população com sofrimento mental, o CAPS funciona como base e referência para os demais componentes do Sistema Único de Saúde (SUS). Para que o atendimento seja eficaz, é essencial que todos os envolvidos estejam capacitados para compartilhar informações de forma clara. Assim, a falha nesse processo comunicativo não atinge apenas o usuário, mas também ultrapassa os limites do CAPS, influenciando os demais pontos da rede de cuidado e comprometendo a integralidade e qualidade do serviço prestado.

Nesse contexto, alguns elementos contribuem para as falhas no processo comunicativo. Um dos principais entraves está nos fatores organizacionais, como a estrutura hierárquica presente em muitos serviços de saúde mental, que tende a dificultar a circulação eficiente das informações. Quando a comunicação se dá de forma verticalizada, decisões e orientações relevantes nem sempre chegam de maneira clara a todos os profissionais, e aos próprios usuários. A ausência de uma comunicação horizontal compromete a integração entre as equipes e pode gerar desinformação, divergências nas condutas adotadas e até a fragmentação do cuidado, prejudicando a continuidade e a efetividade dos atendimentos.

Sob essa ótica, a administração pública, por meio da gestão desempenha um papel fundamental tanto na garantia do acesso quanto na preservação da qualidade dos serviços de saúde oferecidos à sociedade. Contudo, o cenário atual apresenta inúmeros desafios que afetam de forma significativa a condução e a eficácia das práticas de gestão no setor da saúde.

De acordo com Cecílio (2009), a gestão em saúde refere-se à aplicação de conhecimentos voltados à condução das complexas estruturas que compõem o sistema de saúde, incluindo redes de atenção, instituições públicas, hospitais, clínicas e outros serviços. Essa prática envolve três dimensões interligadas e desafiadoras: o espaço dos cuidados diretos, tanto singulares quanto realizados por equipes multiprofissionais, as instituições de saúde em suas diferentes

configurações, e a necessidade de constituir e manter redes integradas de serviços que garantam uma assistência universal, integral, equânime, de qualidade e eficaz, alinhada às reais demandas da população.

Destaca-se, ainda, a ausência de comprometimento político, no que se refere a investimentos financeiros, e a resistência em reestruturar os serviços de saúde. Isso inclui tanto a qualificação contínua dos profissionais, inclusive dos próprios gestores, quanto melhorias nos processos de organização e planejamento das ações de cuidado.

De acordo com Carvalho e Delgado (2015), a falta de um planejamento eficaz por parte das gestões municipais compromete a construção e o fortalecimento de uma rede de atenção em saúde mental estruturada. Essa lacuna interfere na qualidade do atendimento, resultando em práticas fragmentadas, improvisadas e excludentes, além de restringir a oferta de suporte contínuo às necessidades da população. Além disso, fatores geográficos também se apresentam como obstáculos relevantes, já que a localização dos serviços, em áreas remotas ou de difícil acesso, dificulta tanto o ingresso quanto a permanência dos usuários no sistema de cuidado.

A ausência de uma organização territorial adequada configura-se como um obstáculo ao acesso tanto para os usuários — em todos os níveis de atenção — quanto para os profissionais de saúde, que enfrentam desafios para compreender e interagir com o território no qual o sujeito está inserido, considerando suas dimensões geográficas, sociais, subjetivas e simbólicas. Autores como Carvalho e Delgado (2015), Silva e Pinho (2015) e Clementino *et al.* (2016) reforçam a importância de uma estrutura territorial baseada na comunidade, que favoreça o acolhimento e o desenvolvimento de estratégias de cuidado alinhadas às necessidades, aos contextos e aos desejos de cada indivíduo. Apesar dessa compreensão, observa-se uma desaceleração na expansão dos serviços de base comunitária, o que pode representar um retrocesso na política de atenção psicossocial no Brasil (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020).

Assim, a gestão acaba se restringindo a aspectos organizacionais e burocráticos, sem dar a devida atenção ao cuidado, ao respeito pela equipe e à qualificação contínua dos profissionais. Essa abordagem limita a oferta de um serviço de qualidade, comprometendo a atuação integrada e a gestão compartilhada, que são fundamentais para promover não só a aproximação entre os membros da equipe, mas também a efetividade das ações, considerando as necessidades reais dos usuários dos serviços (Carvalho; Delgado, 2015; Soares; Sousa; Queiroz, 2015; Freire; Cabral, 2016).

No que diz respeito aos fatores humanos e materiais, a variedade de perfis profissionais e os diferentes níveis de formação acadêmica podem impactar a maneira como as informações são comunicadas, gerando interpretações divergentes que, por sua vez, podem resultar em desinformação ou em uma comunicação inadequada.

Esses aspectos referem-se às atitudes, competências e comportamentos tanto dos profissionais de saúde quanto dos usuários. A comunicação eficaz muitas vezes é prejudicada por preconceitos e estigmas que influenciam ambos os lados, dificultando a troca de informações e a receptividade ao tratamento. Ademais, a carência de capacitação em habilidades de comunicação interpessoal, em contextos sensíveis como o da saúde mental, pode resultar em falhas na interação, gerando ruídos na compreensão e comprometendo a relação de confiança entre profissionais e usuários.

Os profissionais, com frequência, lidam com elevados níveis de estresse emocional, o que pode comprometer sua habilidade de se expressar de maneira clara e empática. A falta de empatia e a negligência quanto aos aspectos subjetivos do cuidado comprometem a construção do vínculo terapêutico e podem afetar de maneira negativa a adesão dos usuários ao tratamento proposto. Por sua vez, a participação ativa dos usuários pode ser limitada pela insuficiência ou falta de clareza das informações recebidas, perpetuando um ciclo de exclusão e insatisfação. Diante disso, é fundamental adotar estratégias que valorizem o treinamento em comunicação, estimulem um ambiente acolhedor e respeitoso, e incentivem a participação conjunta no cuidado, buscando superar os desafios impostos por esses fatores humanos.

Nas equipes de trabalho que enfrentam dificuldades para atuar de forma integrada e que possuem pouca compreensão do processo laboral, observa-se uma limitação na tomada de decisões, no que diz respeito à seleção dos casos a serem discutidos, além da restrição da autonomia enquanto referência para os usuários. Além disso, há uma resistência ou dificuldade por parte dessas equipes em incorporar os cuidados em saúde mental na rotina diária e em assumir a responsabilidade pelo acompanhamento de usuários em sofrimento psíquico. Tal realidade é atribuída à ausência de conhecimento técnico adequado, além da dificuldade de articulação com os serviços especializados e de apoio oferecidos pelos CAPS.

Para essas equipes, a ausência de uma comunicação clara, com informações suficientes e oportunas, reduz o alcance das ações institucionais e compromete a articulação da rede de

atenção, que deveria ser ativada e organizada conforme as necessidades do usuário, garantindo a continuidade do tratamento.

Além disso, a cultura organizacional presente no CAPS tem um impacto significativo na dinâmica de comunicação e na troca de informações entre os integrantes da equipe. Uma cultura que promove a comunicação transparente e o trabalho colaborativo facilita a troca de conhecimentos e a construção de um entendimento comum entre os profissionais.

Por outro lado, a ausência de diretrizes claras e protocolos definidos para a comunicação prejudica o intercâmbio de informações entre as equipes multidisciplinares e os usuários, quando a linguagem utilizada é técnica e inacessível. Sendo essencial que os profissionais evitem o uso de termos técnicos, assegurando que a comunicação com os usuários seja clara e acessível. Além disso, é importante manter um diálogo acolhedor e empático, promovendo um ambiente no qual os usuários se sintam à vontade para expressar dúvidas e preocupações, com espaço para escuta ativa e esclarecimento de informações.

Também, a dificuldade em habilidades de leitura e compreensão pode comprometer a assimilação das informações sobre os serviços de saúde, sobretudo quando os materiais apresentados são complexos ou contêm linguagem técnica inacessível para parte dos usuários.

Outro desafio está nas relações de trabalho, que ainda permanecem bastante centradas na figura do médico do CAPS, com práticas individualizadas e pouca discussão em equipe, o que limita a comunicação, a tomada de decisões clínicas e o manuseio dos casos. Cabe ressaltar que as equipes são formadas por diversos profissionais, como enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais e agentes comunitários de saúde, os quais têm um papel essencial no acompanhamento dos usuários e na execução das ações de saúde mental junto à comunidade. Nesse sentido, a centralização das práticas no médico representa um obstáculo à construção de projetos terapêuticos integrados, que reconheçam e valorizem as diferentes competências e saberes presentes nas equipes multiprofissionais (Jorge *et al.*, 2015; Cunha; Galera, 2016).

Os fatores humanos envolvem tanto a formação e competência dos profissionais que entram ou já fazem parte do serviço quanto a escassez de pessoal, resultando em excesso de trabalho e comprometendo a qualidade do atendimento oferecido. Os desafios relacionados aos recursos humanos vão além do simples dimensionamento do quadro; incluem também a necessidade constante de qualificação dos trabalhadores da rede, abrangendo tanto os recém-chegados quanto os profissionais que já fazem parte das equipes da RAPS. No contexto

particular do CAPS AD, observa-se uma ausência relevante de capacitações direcionadas ao uso de abordagens e ferramentas eficazes no cuidado à dependência de álcool e outras substâncias.

Costa *et al.* (2015) e Carvalho e Delgado (2015) ressaltam a relevância da educação continuada para os profissionais de saúde, sobretudo no que se refere ao funcionamento dos serviços, com o objetivo de aprimorar conhecimentos e práticas, em especial, na atenção primária. Essa formação é crucial, considerando que muitos trabalhadores dessa área se sentem despreparados para atender às demandas relacionadas à saúde mental. Além disso, a capacitação deve ocorrer também em outros pontos da rede, visando aprimorar a habilidade dos profissionais na classificação dos usuários, na coleta de dados e nos encaminhamentos aos serviços especializados (Gonzaga; Nakamura, 2015). A qualificação é essencial para a atuação nos cuidados de urgência e emergência psiquiátrica (Brito; Bonfada; Guimarães, 2015).

Cabe ainda destacar que a constante escassez de recursos materiais básicos, aliada à formação insuficiente para a comunicação adequada com os usuários, apresenta desafios que dificultam tanto a troca de informações quanto a continuidade do cuidado. A falta de materiais informativos apropriados e a inexistência de espaços físicos adequados para reuniões periódicas comprometem os encontros regulares da equipe, que são fundamentais para a atualização e o alinhamento sobre os tratamentos oferecidos. Além disso, a capacitação contínua dos profissionais é um aspecto essencial, porém muitos Centros de Atenção Psicossocial enfrentam obstáculos para realizar treinamentos frequentes, devido a restrições orçamentárias e à alta rotatividade do quadro funcional. A gestão eficaz dessas questões organizacionais torna-se fundamental para garantir um fluxo de informações eficiente, assegurando que os usuários recebam as orientações necessárias e que os profissionais atuem com segurança e suporte adequado.

Em relação aos recursos materiais, observa-se a falta de insumos essenciais para a realização das atividades pedagógicas e assistenciais nos serviços, assim como a insuficiência de investimentos financeiros tanto para a compra desses materiais quanto para melhorias nas estruturas físicas ou aquisição de espaços próprios destinados aos serviços. Diversas pesquisas indicam que as condições precárias dos CAPS impactam os resultados terapêuticos, além de reduzir a motivação e o engajamento tanto das equipes quanto dos usuários.

Além disso, a elevada carga de trabalho e a grande demanda de atendimentos nos CAPS acabam reduzindo o tempo que os profissionais dispõem para estabelecer uma comunicação

direta e eficaz, o que compromete a qualidade das informações transmitidas. De forma semelhante, a rotina agitada, aliada às responsabilidades pessoais e profissionais dos usuários, pode dificultar a busca por informações sobre os serviços de saúde. Outro fator relevante é a resistência cultural de alguns profissionais em adotar práticas comunicativas mais claras e participativas, o que cria barreiras entre a equipe e os usuários, gerando desconfiança e falta de interesse destes últimos.

A deficiência no atendimento muitas vezes está relacionada também à ausência de políticas públicas bem estruturadas. Nas últimas décadas, com a consolidação do neoliberalismo como modelo político-econômico dominante, o papel do Estado nas políticas sociais passou por transformações profundas. Houve uma tendência de redução da atuação direta do poder público nos serviços sociais, sob o argumento de contenção de gastos e eficiência administrativa. Isso resultou na diminuição progressiva dos investimentos em áreas fundamentais como saúde, educação e assistência social. No campo da saúde, essas transformações impactam diretamente na estruturação e no fortalecimento do Sistema Único de Saúde, com as políticas neoliberais impondo severas limitações orçamentárias e estimulam a terceirização de serviços e a participação do setor privado no atendimento à população.

Esse cenário impacta diretamente o funcionamento dos CAPS AD, que sofrem com equipes incompletas, carência de materiais, infraestrutura inadequada e fragilidade nas ações educativas e de orientação para os usuários. Essas limitações comprometem a compreensão dos pacientes em relação aos serviços disponíveis, os tratamentos oferecidos e aos seus próprios direitos, dificultando o exercício da autonomia e a participação ativa no processo de cuidado.

Além disso, a gestão pública ao demonstrar uma diminuição do compromisso com os princípios da Reforma Psiquiátrica, redireciona os devidos recursos para instituições que, muitas vezes, não seguem os fundamentos da atenção psicossocial pautada na liberdade e no protagonismo do usuário.

De um lado, o enfraquecimento progressivo da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), evidenciado por cortes de verbas, interrupção de novos investimentos e dificuldades para manter os CAPS em pleno funcionamento. Por outro, cresce o repasse de recursos públicos para comunidades terapêuticas, em geral, instituições com vínculos religiosos voltadas ao acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias. Embora recebam investimentos consideráveis, essas comunidades são frequentemente criticadas por práticas como

internações prolongadas, escassez de profissionais qualificados e por não favorecerem a autonomia dos usuários. Além disso, muitas vezes não promovem o acesso à informação ou incentivam a participação ativa das pessoas em seus próprios cuidados, intensificando a exclusão informacional que já atinge boa parte dos usuários do CAPS AD.

A priorização dessas instituições em detrimento do fortalecimento da rede pública de saúde mental gera um modelo fragmentado de cuidado, marcado pela falta de transparência e pela escassez das possibilidades de participação e autonomia dos usuários. A ausência de acesso adequado à informação mantém esses indivíduos em uma posição de dependência institucional, sem pleno conhecimento de seus direitos ou das alternativas de tratamento existentes.

Para concluir a análise dos fatores humanos, é importante destacar a estigmatização associada ao uso de drogas, presente até mesmo entre profissionais de saúde. O estigma faz com que os usuários evitem os serviços por medo de serem discriminados ou sofrerem desafronta, e a incorporação dessa percepção negativa faz com que muitos não se vejam como merecedores de atendimento ou não reconheçam suas necessidades de saúde, sendo isso influenciado pela baixa autoestima (Ahern; Stuber; Galea, 2007; Ronzani; Noto; Silveira, 2014). Essa barreira também desencoraja as pessoas a procurarem informações ou atendimento, quando não têm consciência da importância da prevenção e do acesso precoce aos serviços de saúde. A falta desse conhecimento pode resultar em uma procura tardia por suporte, dificultando a eficácia das intervenções.

Por outro lado, fatores ligados à tecnologia, como a ausência de sistemas organizados para o registro de informações em plataformas digitais e a carência de capacitação no uso de novas ferramentas comunicacionais, dificultam ainda mais a circulação eficiente de dados importantes. A adoção de tecnologias que possibilitem uma comunicação clara e em tempo real é fundamental, mas muitas vezes encontra barreiras devido à falta de familiaridade dos profissionais ou ao receio diante das mudanças. Dessa forma, torna-se essencial identificar e implementar estratégias que superem esses obstáculos, assegurando que a comunicação no CAPS seja capaz de informar e, ao mesmo tempo, promover uma abordagem totalizadora e inclusiva da saúde mental.

A introdução das tecnologias da informação e comunicação (TICs) no campo da saúde mental tem o potencial de agilizar e tornar mais eficiente o fluxo de informações entre profissionais e usuários. Recursos como prontuários eletrônicos, aplicativos especializados e

plataformas de telemedicina podem favorecer o compartilhamento de dados entre as equipes multidisciplinares, promovendo um atendimento mais integrado e personalizado. No entanto, a incorporação dessas tecnologias enfrenta desafios consideráveis, incluindo a insuficiência de infraestrutura em muitas unidades de saúde e a resistência de alguns profissionais que preferem os métodos tradicionais.

Outro ponto crítico é a acessibilidade das tecnologias para os próprios usuários, pois nem todos dispõem de dispositivos móveis ou acesso à internet, o que dificulta a comunicação e o autogerenciamento. Além disso, o uso de plataformas digitais para coleta de dados levanta preocupações quanto à privacidade e segurança das informações sensíveis, podendo gerar desconfiança entre os usuários.

Dessa forma, embora as inovações tecnológicas sejam promissoras, é fundamental realizar uma avaliação cuidadosa de sua integração no processo de cuidado, considerando a diversidade dos perfis dos usuários e o contexto específico dos CAPS. Apenas com planejamento detalhado e capacitação adequada dos profissionais será possível aproveitar ao máximo os benefícios das tecnologias para melhorar a comunicação e a qualidade do atendimento em saúde mental.

Outro aspecto identificado refere-se ao uso das redes sociais pelas unidades de atendimento, que são, de maneira predominante, empregadas para divulgar calendários de atividades, datas comemorativas e ações institucionais, em vez de focar na construção de informações que atendam às demandas expressas pelos usuários dos serviços. Importa salientar que grande parte desses usuários não utiliza as mídias sociais como fonte de informação, tendo em vista à falta de acesso aos dispositivos adequados.

Em um contexto cada vez mais digitalizado, a ausência de acesso a tecnologias como internet e dispositivos eletrônicos pode restringir o acesso dos usuários às informações disponíveis online sobre os serviços de saúde. Muitos desconhecem seus direitos e os serviços oferecidos, o que dificulta o acesso a um atendimento adequado.

Os desafios atuais da saúde ligada aos meios digitais, envolvem o letramento digital, a educação para o uso responsável das mídias e o enfrentamento da desinformação, ganham maior urgência diante do aumento da disseminação de informações falsas.

Com a crescente digitalização em escala global, o acesso e a qualidade das informações relacionadas à saúde enfrentam novos desafios que vão além do simples conteúdo

disponibilizado. Esses desafios têm impacto direto na formulação e na implementação das políticas públicas de saúde, assim como na confiança que a população deposita nas instituições responsáveis pelo cuidado. Nesse cenário, torna-se essencial desenvolver estratégias integradas que promovam o letramento digital, ou seja, a capacidade de buscar, interpretar e usar informações digitais de forma crítica, e incentivem a educação midiática para que os usuários consigam distinguir conteúdos confiáveis de informações falsas. Além disso, é fundamental a criação de mecanismos eficazes para combater a propagação da desinformação, que pode comprometer a adesão ao tratamento e a saúde pública como um todo.

A superação dessas dificuldades exige a colaboração entre diferentes setores, incluindo governos, órgãos de saúde, instituições educacionais e a sociedade civil organizada, que devem atuar em conjunto para construir um ambiente informacional seguro e transparente. Entretanto, apesar dos avanços tecnológicos, a desigualdade no acesso a dispositivos e à internet, bem como a insuficiência de formação adequada tanto para os profissionais da saúde quanto para os usuários, continuam a ser obstáculos importantes para o desenvolvimento do letramento digital na área da saúde, restringindo o uso completo das ferramentas digitais existentes.

As limitações para acessar e utilizar informações de saúde nas mídias sociais são variadas e se apresentam de formas diferentes, conforme os contextos específicos de saúde e as circunstâncias particulares de cada situação. Diante dessa complexidade, compreendê-las por meio de uma abordagem baseada nas práticas informacionais, aliada à noção de transições em contextos de saúde e às experiências significativas e subjetivas dos indivíduos, permite identificar como essas barreiras operam e afetam o autogerenciamento da informação em saúde.

Apesar de as redes sociais proporcionarem chances de ampliar o acesso e a troca de informações sobre saúde entre os usuários comuns, elas também apresentam desafios importantes para o autocuidado, a organização das informações e a tomada de decisões. Tais obstáculos decorrem tanto das limitações inerentes às plataformas digitais, como algoritmos, sobrecarga de dados e falta de curadoria, quanto das dificuldades vivenciadas por indivíduos durante as fases de mudança em sua saúde, o que pode afetar sua habilidade de avaliar de forma crítica as informações acessíveis.

Dentro da abordagem de cuidado ao usuário de substâncias psicoativas no contexto do CAPS, um aspecto crucial para a efetivação do cuidado integral é a adesão ao tratamento proposto. Essa adesão pressupõe a construção de um vínculo sólido entre o usuário e a equipe

multiprofissional, promovendo um compromisso mútuo nas atividades terapêuticas e favorecendo transformações significativas no comportamento frente ao uso de drogas (Vasters; Pillon, 2011).

Diante das frequentes taxas de abandono observadas nos programas de saúde mental, torna-se essencial analisar não só a continuidade do tratamento, mas também a aceitação ou rejeição das estratégias terapêuticas oferecidas. Como destacam Ribeiro *et al.* (2008), uma intervenção não pode ser considerada eficaz se for rejeitada pelos usuários, mesmo que elaborada de forma técnica. Assim, em diversos casos, o abandono do tratamento pode estar associado à visão desfavorável sobre o atendimento recebido ou à inadequação das estratégias utilizadas em relação às necessidades subjetivas dos usuários.

Os Centros de Atenção Psicossocial têm como propósito fundamental oferecer um espaço acolhedor por meio de sua estrutura física, das atividades desenvolvidas e da atuação comprometida de suas equipes. A intenção é que o usuário se sinta pertencente a uma comunidade, fortalecendo vínculos e encontrando apoio para sua recuperação. Nesse contexto, o CAPS funciona como um lugar de cuidado contínuo, promoção da saúde e reconstrução de laços sociais das quais o indivíduo recebe suporte emocional, material, serviços e oportunidades de convivência (Souza; Kantorski; Mielke, 2006).

A fragilidade do vínculo entre o usuário e a unidade é um dos elementos que contribuem para os altos índices de evasão e para a diminuição do tempo de permanência nos CAPS AD. Soma-se a isso a dificuldade de inserção nas redes sociais e comunitárias e a precariedade das informações fornecidas pelos próprios serviços. Grande parte dos indivíduos que chegam aos CAPS AD vivenciam rompimentos significativos em seus vínculos familiares, profissionais e afetivos. Com base nos princípios da Reforma Psiquiátrica, espera-se que esses serviços atuem não apenas no tratamento clínico, mas, de mesmo modo, na restauração de vínculos sociais, visando diminuir a exposição a situações de risco relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas (Mendonça; Souza, 2014).

Contudo, a escassez de informações claras sobre o funcionamento do CAPS AD, os direitos dos usuários e as possibilidades de tratamento e reinserção social representa um entrave importante nesse processo. Muitas vezes, tanto os usuários quanto seus familiares desconhecem os serviços oferecidos, as abordagens fundamentadas na lógica comunitária e as redes de apoio disponíveis. Essa situação costuma provocar desconfiança, intensificar o estigma e dificultar a

continuidade do tratamento. Além disso, há limitações por parte dos profissionais em promover uma comunicação acessível e eficaz, o que compromete o pleno aproveitamento dos recursos ofertados pelo serviço.

A falta de informação adequada sobre os serviços e direitos do usuário contribui para a perpetuação de um ciclo de vulnerabilidade, no qual o indivíduo permanece desamparado em seu contexto social e emocional. Isso dificulta não apenas a adesão ao tratamento, mas também a construção de vínculos de apoio que são essenciais à recuperação.

Nesse cenário, a fragilidade no funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial compromete um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde que é a integralidade da atenção. Essa diretriz prevê uma abordagem contínua e articulada entre ações preventivas e curativas, voltadas tanto para o indivíduo quanto para o coletivo, em todos os níveis de complexidade do sistema.

Ao ocorrer falhas em algum segmento da rede, o atendimento perde sua integralidade, impactando de forma direta a autonomia e a reintegração social do usuário, que já enfrenta situação de vulnerabilidade devido ao uso nocivo de álcool e outras drogas. Assim, fortalecer a RAPS é essencial para ampliar o alcance das ações em saúde mental, favorecendo o acolhimento, a permanência nos tratamentos e a construção de trajetórias mais dignas para esses sujeitos.

4.2 Garantia dos direitos dos usuários e transparência na divulgação de serviços

“O objetivo da criação das estratégias informacionais está diretamente ligado às ações de intervenção social na área da saúde. Informação em saúde, quando bem assimilada, pode até mesmo salvar vidas. Ela tem despertado um interesse cada vez maior em nossa sociedade.” — Maria Nélida González de Gómez, 1999

Assegurar os direitos dos usuários e promover a transparência na oferta de serviços são elementos essenciais para o fortalecimento de uma sociedade mais igualitária e responsável. Nas últimas décadas, tem-se observado um progresso relevante nesse campo, impulsionado pela crescente valorização da cidadania e pela necessidade de tornar os serviços públicos e privados mais acessíveis e compreensíveis para todos.

Garantir esses direitos significa assegurar que os cidadãos tenham suas liberdades fundamentais respeitadas, incluindo o direito à informação clara, à proteção de seus dados pessoais e à segurança no uso dos serviços. Isso demanda a implementação de políticas públicas e marcos regulatórios que obriguem os prestadores de serviço, nas áreas como saúde, educação,

mobilidade urbana, entre outras, a oferecer informações transparentes, compreensíveis e acessíveis, permitindo ao usuário exercer sua autonomia de forma consciente.

Segundo Ferla, Ceccim e Dall Alba (2012), a informação, ao ser entendida como um mecanismo, pode favorecer o surgimento de uma inteligência coletiva. Essa inteligência não se limita ao compartilhamento de conhecimento entre os diversos envolvidos, mas também estimula a criação de ações articuladas em rede. Nessa perspectiva, a informação ultrapassa a visão instrumental, que a reduz a uma ferramenta para diagnóstico de situações de saúde, e passa a ser vista como um elemento transformador, capaz de gerar novos significados e reorganizar saberes e práticas.

A partir disso, emerge uma nova premissa, a valorização da participação ativa e da autonomia do sujeito na construção de caminhos, estratégias e planos terapêuticos. Isso significa que o indivíduo deve estar envolvido de maneira efetiva nas decisões relacionadas ao seu próprio cuidado. Nesse processo, a equipe de saúde atua como facilitadora e mediadora, utilizando os conhecimentos adquiridos na formação e na prática profissional para apoiar o protagonismo do usuário. O profissional, portanto, não é o centro do processo de cuidado, mas sim um dos elementos que o compõem.

Vasconcelos (2003) propõe a autonomia como uma forma de ampliar o poder de ação e a autonomia, tanto individual quanto coletiva, entre aqueles que vivenciam contextos de opressão, desigualdade e exclusão social. No campo da Saúde Mental, considerar a autonomia de pessoas em sofrimento psíquico significa reconhecer sua capacidade de participar de forma ativa do próprio cuidado. Essa participação envolve refletir sobre sua trajetória, fazer escolhas conscientes, ressignificar sua relação com o território em que vive, com sua rede de apoio e consigo mesmo. Dessa forma, a autonomia atua como um fator que transforma a subjetividade.

Nesse processo, a informação é indispensável para compreender as múltiplas dimensões do acesso aos serviços de saúde. O acesso à informação de qualidade, fruto de uma comunicação eficaz entre o usuário e o sistema de saúde, favorece a tomada de decisões conscientes. Assim, empoderar também significa garantir que o sujeito tenha os meios para entender, escolher e atuar de forma ativa em relação ao cuidado que recebe.

A estratégia de redução de danos (RD), considerada um dos pilares teóricos da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, propõe transformações nas práticas de cuidado, focadas no aumento da autonomia das pessoas que utilizam substâncias psicoativas.

Essa abordagem reconhece o direito do indivíduo a fazer escolhas — seja pela continuidade do uso, pela redução ou pela abstinência —, sempre vinculando tais decisões à corresponsabilidade e ao protagonismo em seu processo terapêutico. Além disso, a RD busca romper com estigmas e ressignificar as representações sociais atribuídas a esses usuários, promovendo sua inserção como sujeitos de direito e cuidado (Brasil, 2001; 2003; 2004; 2005).

A comunicação ocupa um papel central na área da saúde, em especial no campo da saúde mental, sendo essencial para garantir a qualidade do atendimento e a efetividade do cuidado oferecido. Uma comunicação eficiente, clara e direcionada é fundamental para o fortalecimento dos vínculos e para o desenvolvimento de práticas terapêuticas centradas no usuário.

Nos Centros de Atenção Psicossocial, a comunicação voltada ao público atendido torna-se uma ferramenta estratégica. Ela permite o compartilhamento de informações importantes para o acompanhamento contínuo do cuidado, além de favorecer o envolvimento ativo dos usuários em seus próprios processos de tratamento. A adoção de práticas comunicativas adequadas, como o uso de tecnologias da informação, a capacitação dos profissionais de saúde para uma comunicação humanizada e a valorização da escuta qualificada, favorecem o fortalecimento das relações entre a equipe e os usuários.

Essas iniciativas não só melhoram o funcionamento interno dos serviços, como também facilitam o registro e a troca de informações importantes para o cuidado, auxiliando na criação de uma rede de apoio mais eficiente. Dessa forma, o aprimoramento da comunicação reforça a confiança do usuário no serviço, elemento fundamental para assegurar sua participação ativa no tratamento e sua responsabilidade compartilhada no cuidado.

Além disso, uma comunicação bem estruturada gera um banco de dados informacional nos CAPS, oferecendo suporte tanto aos profissionais quanto aos usuários nos momentos em que precisam de assistência dentro do sistema de saúde mental. Além disso, esse processo amplia seu apoio às famílias, incentivando sua participação ativa e colaborativa na trajetória de cuidado compartilhado.

No entanto, o desafio de divulgar informações em saúde ultrapassa a mera transmissão de conhecimento. Esse processo envolve também dimensões éticas, políticas e sociais, com o propósito de reduzir a desigualdade entre aqueles que têm acesso ao saber e aqueles que não o têm ou que possuem acesso limitado. Em outras palavras, existe a preocupação em romper com a

exclusividade do conhecimento, que tem servido como ferramenta de dominação, gerando hierarquias e aprofundando desigualdades sociais.

Nesse contexto, é essencial reconhecer que a informação, por integrar o campo do saber, configura-se também como um instrumento de poder. Um indivíduo desinformado encontra-se em posição de desvantagem social, e, portanto, o acesso à informação qualificada representa o primeiro passo rumo à inclusão, à autonomia e à participação cidadã.

Torna-se evidente o protagonismo exercido pelos usuários dentro do serviço. Sendo notório como, ao se posicionarem, expressarem opiniões, levantarem questionamentos e compartilharem suas experiências do cotidiano no CAPS AD, esses indivíduos assumem um papel ativo e colaborativo. Suas ações cotidianas, como cuidar dos espaços coletivos ou acolher colegas em momentos de crise, demonstram um envolvimento que ultrapassa a condição de usuários, tornando-os também responsáveis pelo ambiente terapêutico e social do serviço.

Observa-se ainda que a escuta ativa das demandas e sugestões dos usuários tem se fortalecido, por meio de espaços coletivos como as assembleias e os controles sociais. As assembleias, em especial, vêm se consolidando como importantes espaços de diálogo, onde usuários e profissionais discutem questões relacionadas à convivência, às regras do serviço e às estratégias de cuidado. Esse ambiente, além de democrático, se torna também um espaço de escuta e acolhimento, fortalecendo vínculos e contribuindo para a construção de um CAPS AD mais participativo e humanizado.

É evidente a urgência de reconhecer os usuários como agentes ativos e responsáveis na gestão, monitoramento e avaliação dos serviços, mobilizando, assim, o potencial terapêutico de todos os envolvidos no processo de cuidado.

Essa perspectiva também ressalta a relevância de promover a autonomia dos usuários, elemento fundamental a ser considerado na elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) pela equipe de referência. Nesse contexto, as atividades propostas não são impostas, mas discutidas de forma prévia com os usuários, permitindo que cada um escolha, com base em sua afinidade e interesse, a tarefa que deseja desenvolver. Essa metodologia fortalece a autonomia e amplia as possibilidades de participação ativa no cuidado.

Como apontam Mororo, Colvero e Machado (2011), os projetos terapêuticos atuam como ferramentas que viabilizam o resgate da autonomia e contribuem para a melhoria da qualidade de vida, ao ampliar as formas de relação e troca no espaço terapêutico. No entanto, para que essa

autonomia seja promovida de forma consistente e efetiva, os profissionais compreendem que é indispensável estabelecer um vínculo sólido com o usuário, iniciando já no primeiro contato durante o acolhimento no serviço.

Aday e Andersen (1974), ressaltam que o conhecimento e as fontes de informação são componentes essenciais. Complementando essa perspectiva, Thiede e McIntyre (2008) afirmam que a educação é o caminho para garantir que as pessoas disponham do nível adequado de informação, permitindo-lhes tomar decisões informadas sobre sua saúde. Assim, Perlow (2010) destaca que o letramento em saúde é um elemento fundamental para diminuir as desigualdades e disparidades nesse contexto.

Também é fundamental reconhecer a importância da mídia na promoção da educação em saúde. As campanhas de comunicação em massa têm sido empregadas para influenciar comportamentos relacionados à saúde nas populações, valendo-se da mídia como principal meio de divulgação. Essas campanhas abordam temas diversos, como o tabagismo, a prevenção de doenças cardiovasculares, o consumo de álcool e drogas ilícitas, o diagnóstico e prevenção do câncer, além de doenças sexualmente transmissíveis, entre outros. Grande parte dessas iniciativas busca atingir os indivíduos tanto no nível cognitivo quanto no emocional, afetando o processo de tomada de decisão. A eficácia dessas campanhas tende a ser maior quando o comportamento que se busca modificar é um evento pontual, como a realização de um diagnóstico ou a vacinação, em contraste com hábitos mais complexos e contínuos, como a alimentação ou a prática regular de atividades físicas.

O uso das redes sociais como fonte de informações relacionadas à saúde tem se intensificado no contexto atual. Os estudos que investigam a comunicação e o compartilhamento de informações de saúde nas mídias sociais de forma geral abordam os aspectos funcionais e tecnológicos dessas plataformas. Esses fatores envolvem o fácil acesso público, a facilidade de navegação e a velocidade na disseminação das informações, características que impactam a maneira como os usuários buscam e consomem conteúdos voltados à área da saúde.

Por outro lado, garantir transparência na divulgação de informações acerca dos serviços disponíveis é essencial para empoderar os usuários. Quando essas informações são apresentadas de maneira clara e acessível, os cidadãos conseguem tomar decisões mais fundamentadas e conscientes. Isso contribui para o fortalecimento da confiança nas instituições, além de incentivar a responsabilidade e a prestação de contas por parte dos gestores dos serviços.

Uma outra tendência importante refere-se à utilização de estratégias de comunicação nas políticas públicas e sociais como instrumentos para assegurar o acesso aos direitos. Conforme Figueiredo (2016), é fundamental adotar uma comunicação pública orientada pela lógica da informação, que promova a construção da cidadania e ajude a superar práticas clientelistas e assistencialistas, que reproduzem relações de subordinação à informação veiculada pela grande mídia. Sendo assim, a comunicação desempenha um papel central no avanço e na inovação social, sendo indispensável para a formação de indivíduos críticos, capazes de refletir sobre seus direitos e lutar pela sua efetivação.

Os autores mencionados abordam a comunicação como um fator crucial para ampliar o acesso da população aos seus direitos por meio das políticas públicas. Em outras palavras, a democratização da informação é vista como um elemento essencial para que os cidadãos possam cobrar do Estado respostas efetivas às suas demandas. Sob essa perspectiva, a comunicação torna-se um instrumento fundamental para a formação e o desenvolvimento dos indivíduos enquanto sujeitos sociais, em especial no contexto do capitalismo avançado em que vivemos.

Outro aspecto relevante para o cuidado em Saúde Mental é a prática do trabalho em equipe. A atuação coletiva no âmbito da saúde — e não apenas na Saúde Mental — vai além da simples reunião de profissionais de diferentes áreas atuando juntos com um público específico. O trabalho da equipe requer um alinhamento fundamentado no respeito às diversidades. Isso não implica que os profissionais devam pensar ou agir de maneira uniforme, mas sim que haja uma sintonia que valorize a diversidade de perspectivas e saberes para potencializar o cuidado oferecido.

Para superar os desafios relacionados à disseminação de informações, é fundamental que os profissionais e trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial estejam preparados para transmitir dados de maneira clara e segura, assegurando a proteção e o bem-estar dos usuários. A sensibilização e capacitação da equipe são essenciais para a criação de estratégias que promovam essas melhorias no processo comunicativo.

Para compensar a carência de treinamentos institucionais, muitos profissionais investem em sua qualificação individual, visando ampliar seu conhecimento e melhorar a qualidade do atendimento oferecido. Esse esforço pessoal em buscar cursos de aperfeiçoamento e especialização na área de saúde mental demonstra o comprometimento dos trabalhadores com suas funções. Contudo, a falta de um programa estruturado de educação permanente por parte da

instituição pode gerar insatisfação e uma sensação de ausência de apoio organizacional, conforme apontam Alves, Dourado e Côrtes (2013).

Uma abordagem eficaz para combater a desinformação envolve a parceria entre profissionais de saúde e educadores. Enquanto os profissionais da saúde contribuem com o conhecimento técnico e científico necessário para validar a veracidade das informações e garantir a confiabilidade do conteúdo, os educadores trazem suas competências pedagógicas, que facilitam a compreensão crítica e fortalecem a capacidade das pessoas de avaliar as informações de forma autônoma. Essa colaboração permite ampliar o letramento em saúde e a consciência crítica da população.

A formação de profissionais de saúde para atuarem como agentes verificadores da informação em suas respectivas áreas pode contribuir para o desenvolvimento de competências essenciais, como o uso de ferramentas digitais para checagem de fatos e a análise crítica das fontes consultadas. Isso permite respostas mais ágeis e precisas diante de informações equivocadas ou falsas, além de consolidar a credibilidade desses profissionais como fontes confiáveis tanto nas comunidades em que atuam quanto nas redes sociais. Além disso, a criação de diretrizes claras e a implementação de protocolos de comunicação entre os diversos atores envolvidos garantem um atendimento articulado e eficaz na disseminação de informações.

Sob uma perspectiva diferente, o exercício diário do Serviço Social tem na linguagem e no conhecimento instrumentos fundamentais para a sua atuação (Iamamoto, 2009, p. 97). Dessa forma, o profissional desta área atua na produção de conhecimento sobre a realidade social, utilizando a linguagem para refletir sobre o cotidiano e facilitar o acesso dos usuários à informação. Nesse cenário, a informação está relacionada ao processo de autonomia dos indivíduos na sociedade.

Nos últimos anos, o Serviço Social passou a debater a relevância da comunicação, diante da hegemonia midiática que contribui para a exclusão social e política dos indivíduos enquanto atores sociais. Essa discussão evidenciou a urgência de uma reflexão crítica e integrada acerca das mudanças no mundo do trabalho, assim como dos desafios presentes na prática profissional e na formação acadêmica, sobretudo diante da lacuna no aprofundamento do uso da comunicação como uma ferramenta essencial para a atuação do Serviço Social.

Um dos maiores desafios que o Assistente Social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes

de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. Enfim, ser um profissional propositivo e não só executivo (Iamamoto, 2009, p. 20)

Partindo dessa perspectiva, compreender a comunicação como um direito humano e sua relação com as questões sociais implica a necessidade de promover um debate que ultrapasse a visão da comunicação apenas como uma ferramenta de trabalho, reconhecendo-a também como um espaço crucial para a ação política.

Garantir que a população tenha acesso à informação de maneira crítica, isto é, como sujeitos capazes de questionar e refletir sobre os conteúdos recebidos, exige a criação de mecanismos que facilitem a socialização das informações e possibilitem a manifestação das lutas dos movimentos sociais pela efetivação de direitos. Assim, tornar a comunicação mais acessível e igualitária torna-se um requisito fundamental para suprir essas demandas. Segundo o conjunto CFESS/CRESS (2016, p.8) “a comunicação tem papel estratégico no fortalecimento dos usuários e usuárias do serviço e políticas sociais, na disputa pela função e imagem social da profissão e na construção de um poder popular com vistas à transformação das relações sociais”.

Espíndola (2009) destaca a relevância da reflexão sobre a comunicação dentro do Serviço Social, ressaltando sua dimensão transversal e sua ligação intrínseca ao trabalho profissional diante das manifestações da questão social. Mais do que posicionar a profissão em relação aos meios de comunicação, é fundamental envolver a população na construção desses espaços de forma democrática, promovendo a compreensão do seu papel social, no controle social, na formulação de políticas públicas e sociais, e reconhecendo-a como sujeito ativo na construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

Nesse contexto, o Serviço Social pode contribuir no campo da comunicação, tanto pela natureza interventiva do assistente social quanto pela compreensão da comunicação como um instrumento para a construção de um projeto societal baseado na emancipação humana. Ressalta-se que o Código de Ética Profissional do Serviço Social (1993) prevê que a atuação do profissional deve:

I - Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais; IV - Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida;

Ao considerar os princípios do Código de Ética Profissional do Serviço Social, os assistentes sociais buscam aprimorar suas práticas com o objetivo de facilitar e fortalecer a

participação dos usuários. Esse processo busca democratizar o acesso às informações e aos programas disponíveis no campo de atuação, bem como promover a inclusão e o engajamento dos usuários nas políticas públicas.

Para que a comunicação seja efetiva, é fundamental que o processo entre emissor, mensagem e receptor ocorra em um contexto de boa interação, no qual a informação não seja apenas transmitida, mas compreendida. Isso exige reconhecer a comunicação como um direito humano fundamental, assegurando que ela promova a liberdade de expressão.

Essas reflexões nos levam a reconhecer que, enquanto profissão analítica e interventiva, o assistente social deve acompanhar as transformações que ocorrem no campo da comunicação, utilizando diversas estratégias comunicacionais para entender seu papel na formação da opinião pública, assim como na legitimação e perpetuação das estruturas de poder e controle.

Por fim, a transparência desempenha papel fundamental no combate à corrupção e à má gestão. Ao tornar as informações sobre os serviços e suas operações mais acessíveis, torna-se possível identificar irregularidades e implementar correções, assegurando que os recursos públicos sejam aplicados de forma eficiente e responsável.

Dessa forma, a garantia dos direitos dos usuários, aliada à transparência na divulgação dos serviços, revela-se essencial para promover uma sociedade mais democrática e participativa. O fortalecimento dessas dimensões beneficia não apenas os indivíduos, mas também impulsiona o desenvolvimento social e econômico do país, criando condições para que todos tenham acesso justo e equitativo aos serviços disponíveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho propõe uma análise crítica sobre o direito à informação, reconhecendo-o como um pilar essencial para a construção de uma política de saúde mental orientada pelos princípios da cidadania, da participação social e do cuidado centrado na dignidade humana. Partindo de uma retrospectiva histórica dos principais acontecimentos que moldaram a saúde mental no Brasil, destaca-se a relevância da Reforma Psiquiátrica e a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como iniciativas centrais na transição do modelo manicomial para uma rede de atenção psicossocial mais próxima do território, abrangente e personalizada.

Ao examinar a atuação dos CAPS, evidenciam-se os impactos positivos desses serviços na promoção da inclusão social dos usuários, favorecendo a reconstrução de vínculos familiares e comunitários, bem como o desenvolvimento da autonomia dos indivíduos. A prática das equipes interdisciplinares, em especial o trabalho do assistente social conforme as diretrizes da Lei nº 8.662/1993, demonstra a importância da ação conjunta e integrada na oferta de um cuidado que transcende o âmbito clínico, alcançando dimensões sociais, culturais e subjetivas fundamentais para a promoção da saúde mental.

O trabalho também abordou os principais marcos legais que sustentam a atuação dos Centros de Atenção Psicossocial e organizam a Rede de Atenção Psicossocial, com ênfase na Lei nº 10.216/2001 e na Portaria nº 3.088/2011. Esses dispositivos normativos desempenham um papel fundamental tanto na estruturação da política nacional de saúde mental quanto na garantia dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico, orientando práticas baseadas na escuta acolhedora, na valorização da diversidade e na garantia do cuidado com autonomia.

Apesar dos avanços promovidos por esses marcos legais, ainda persistem entraves significativos que comprometem a plena efetivação dos direitos assegurados. A democratização da informação representa um dos maiores desafios. Apesar de a Constituição Federal de 1988 e a Lei nº 12.527/2011 (Lei de Acesso à Informação) assegurar o direito de todos ao acesso a dados e informações públicas, no que se refere aos serviços de saúde, esse direito ainda enfrenta obstáculos em sua efetivação, observando-se, na prática, um cenário marcado por limitações na transparência, lacunas na comunicação entre equipes e os usuários, além da pouca divulgação dos serviços e direitos existentes. Tais fragilidades interferem na qualidade do cuidado, dificultam a adesão aos tratamentos e limitam a participação ativa dos usuários nas decisões que envolvem sua própria saúde.

Com base nas reflexões desenvolvidas, foi possível identificar que persistem obstáculos relevantes na difusão de informações aos usuários, o que compromete o acesso pleno e eficiente aos serviços de saúde mental. A falta de conhecimento sobre o funcionamento, os objetivos e a forma de acolhimento oferecida pelos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas contribui para que muitas pessoas tenham receio e insegurança ao buscar atendimento. Nesse contexto, a análise da Reforma Psiquiátrica e das mudanças nas políticas públicas voltadas à saúde mental reforça a necessidade de um compromisso contínuo com os fundamentos voltados

à expansão do acesso, à ruptura com o modelo asilar tradicional e ao fortalecimento da reabilitação psicossocial.

Destaca-se, nesse processo, o papel estratégico do Serviço Social, cuja atuação é central na defesa dos direitos dos usuários, daqueles que por meio da história foram marginalizados por práticas excludentes e desumanizadoras. O assistente social contribui de forma ativa para a promoção do acesso à informação como um instrumento de autonomia, possibilitando que os sujeitos compreendam seus direitos e participem de forma efetiva das decisões sobre seu tratamento.

Dessa forma, assegurar que os usuários recebam informações claras e apropriadas sobre os serviços disponíveis é essencial para o fortalecimento de sua autonomia, a promoção da inclusão social e a efetivação de um cuidado pautado na humanização.

Compreender o funcionamento da instituição é um passo fundamental para que os usuários possam se posicionar de forma crítica diante de práticas ou ações que violem seus direitos. Esse conhecimento lhes fornece subsídios para participar de espaços de Controle Social, fortalecendo sua capacidade de argumentação, amplificando suas vozes e aumentando sua influência nas decisões que impactam suas vidas.

Essa abordagem está comprometida com o respeito à trajetória de vida de cada indivíduo, levando em conta seu contexto social e garantindo o acesso à informação de forma igualitária, sem qualquer tipo de discriminação. Dessa forma, torna-se evidente a importância de compreender as dimensões subjetivas presentes nas demandas e queixas dos usuários, sobretudo em uma sociedade capitalista que acaba por marginalizar essas populações nos processos decisórios, reduzindo-as a simples alvos de intervenção ou correção.

Ao promover transformações no cotidiano institucional, contribui-se para a consolidação do projeto ético-político do Serviço Social, cujo horizonte é a construção de mudanças estruturais na sociedade, pautadas na justiça social, na equidade e na defesa incondicional dos direitos humanos.

Embora este estudo tenha apresentado contribuições relevantes, ele também apresenta limitações inerentes ao seu escopo. Observa-se uma escassez de pesquisas dedicadas às barreiras enfrentadas pelos usuários no acesso à informação dentro da Rede de Atenção Psicossocial, entre aqueles que convivem com dependência química. Além disso, a baixa qualidade dos dados disponibilizados pelos serviços, marcada pela desorganização, ausência ou desatualização dos

registros, dificulta a geração de evidências científicas consistentes acerca dos tratamentos realizados nos Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas.

O acompanhamento sistemático e a avaliação dos resultados das intervenções em saúde mental são essenciais para orientar o planejamento das políticas públicas relacionadas ao álcool e outras drogas, garantindo que os recursos sejam aplicados de maneira eficiente. Nesse contexto, esta pesquisa contribui para ampliar um campo ainda pouco explorado no âmbito da saúde mental comunitária, oferecendo subsídios importantes para aprimorar as práticas de investigação nesta área.

Além do mais, há uma necessidade crucial de aprofundar estudos que verifiquem se as políticas e práticas adotadas conseguem alcançar o objetivo de proporcionar um tratamento mais personalizado e humanizado, que permita a participação ativa dos usuários em seus processos terapêuticos. Também é fundamental conduzir análises críticas acerca dos limites e contradições presentes nas políticas de saúde mental, no que tange à sua eficácia em promover a segurança na posse de direitos e garantir a infraestrutura adequada às comunidades atendidas.

Para superar esses desafios, é fundamental investir em estratégias educacionais, campanhas de conscientização e formas de comunicação eficazes. Incentivar a educação em saúde, atrelado à conscientização da comunidade e a implementação de intervenções que respeitem as especificidades culturais, representa uma estratégia fundamental para enfrentar a desinformação e ampliar o acesso a serviços de saúde de qualidade.

Nesse sentido, esta pesquisa representa um avanço significativo ao contribuir para o aprimoramento e fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial em âmbito regional, com potencial para ser aplicada em outros contextos e territórios, ampliando sua qualificação. Contudo, o cenário atual das políticas públicas reforça a importância de manter um monitoramento constante sobre os progressos da Reforma Psiquiátrica. Para tanto, é imprescindível ampliar a disponibilidade e o uso de informações sobre saúde mental nos sistemas de dados em saúde, assim como realizar um acompanhamento longitudinal dessas informações. Esse processo deve ser acompanhado pela implementação de programas de educação permanente, que fortaleçam práticas voltadas para uma saúde democrática e libertadora, princípios que orientaram, desde o início, o Movimento de Reforma Sanitária no Brasil.

Portanto, conclui-se que assegurar o acesso à informação nos serviços de saúde mental é fundamental para a efetivação de uma atenção psicossocial pautada na valorização da dignidade humana. A transparência, o diálogo qualificado e a oferta de informações claras e acessíveis são elementos essenciais para o fortalecimento da cidadania, a autonomia dos usuários e o exercício do controle social sobre as políticas públicas. Avançar nesse caminho significa reafirmar os princípios basilares da Reforma Psiquiátrica brasileira, que defendem o cuidado em liberdade, o respeito aos direitos humanos e a valorização da vida em sua integralidade.

REFERÊNCIAS

- ABRAMO, Cláudio Weber. **Acesso à informação e eficiência do Estado**. Revista do Governo de São Paulo, São Paulo, n. 2, 2006.
- ADAY L, A., ANDERSEN, R. **A framework for the study of access to medical care**. Health Serv Res. 1974;9(3):208-20.
- AHERN, Jennifer; STUBER, Jennifer; GALEA, Sandro. **Stigma, discrimination and the health of illicit drug users**. Drug and Alcohol Dependence. v. 88, n. 2, p. 188-196, 2007.
- ALMEIDA, Érica Aparecida Schefer de; SARTES, Laisa Marcorela Andreoli. **Inserção das Estratégias Cognitivo-Comportamentais no CAPS Álcool e Drogas**. Psicologia: Ciência e Profissão, 2022 v. 42, e239448 1-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003239448>.
- ALVES, Haiana Maria de Carvalho, DOURADO, Lidiane Bento Ribeiro; CÔRTEZ, Verônica da Nova Quadros. **A influência dos vínculos organizacionais na consolidação dos Centros de Atenção Psicossociais**. Ciência & Saúde Coletiva, 18(10), 2965-2975. 2013.
- AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, Paulo (Ed.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. SciELO-Editora Fiocruz, 1998.
- BANDEIRA, Noemi; TREICHEL, Carlos Alberto dos Santos; ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. **Estudo sobre abandono e não adesão ao tratamento em Centros de Atenção Psicossocial**. Saúde debate. 23º de outubro de 2020 [citado 25º de julho de 2025]; 44 (especial 3 out): 95-106. Disponível em: <https://saudeemdebate.org.br/sed/article/view/3143>
- BARRETO, Aline Torres. **O significado da terapia ocupacional no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas — CAPSad na visão de outros profissionais**. Monografia para obtenção do título de Bacharel em Terapia Ocupacional — UNB, Brasília, 2012.

BASAGLIA, Franco. **As instituições de violência**. In: BASAGLIA, Franco. (org.). A Instituição Negada. Rio de Janeiro: Graal, 1985. p. 99-134.

BATISTA, Carmem Lúcia. **Informação Pública: Controle, Segredo E Direito De Acesso**. Intexto, nº 26, julho de 2012, p. 204-222, <https://seer.ufrgs.br/index.php/intexto/article/view/19582>.

BATISTA, Carmem Lúcia. **Informação pública: entre o acesso e a apropriação social**. 2010. 202p. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) — Escola de Comunicações e Artes, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011. Dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços que oferecem atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 1º jul. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0029_30_06_2011.html.

BRASIL. Carta Imperial. 1824. Art. 179º, IV. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao1824.htm.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, DF: COFEN, 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/Codigo-de-Etica-2017.pdf>.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Brasília, DF: CFM, 2018. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/PDF/codigo_etica_2018.pdf.

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. Código de Ética Profissional do Psicólogo. Brasília, DF: CFP, 2010. Disponível em: http://www.cfp.org.br/wp-content/uploads/2011/10/Codigo_de_Etica.pdf.

BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social. Código de Ética do Assistente Social. Brasília, DF: CFESS, 2018. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/2018/06/2018_Codigo_Etica.pdf.

BRASIL. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Código de Ética da Terapia Ocupacional. Brasília, DF: COFFITO, 2018. Disponível em: http://www.coffito.gov.br/arquivo/2018/06/Codigo_de_Etica_Terapia_Ocupacional.pdf.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. 14. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011a.

BRASIL. Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil. 1946. Art. 141º, § 5º. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao1946.htm.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. 1967. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao1967.htm .

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988. Diário Oficial da União. Brasília, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm.

BRASIL. Decreto nº 2.691, de 21 de julho de 1998. Dispõe sobre a Secretaria Nacional Antidrogas — SENAD. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 22 jul. 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d2691.htm.

BRASIL. Decreto nº 3.696, de 21 de dezembro de 2000. Dispõe sobre o Conselho Nacional Antidrogas — CONAD. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 22 dez. 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3696.htm.

BRASIL. Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002. Dispõe sobre a organização e o funcionamento do Sistema Nacional Antidrogas — SISNAD, e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 27 ago. 2002. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4345.htm.

BRASIL. Lei nº 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 providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 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. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm.

BRASIL. Decreto nº 10.358, de 31 de agosto de 1942. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1942-10.358.htm.

BRASIL. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas — SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; e define crimes. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 24 ago. 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm.

BRASIL. Lei n. 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37º e no § 2º do art. 216º da Constituição Federal; altera a Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei no 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei no 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 18 nov. 2011b.

BRASIL. Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República. Conselho Nacional Antidrogas. Resolução nº 3/GSIPR/CH/CONAD, de 27 de outubro de 2005. Aprova a Política Nacional Antidrogas. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 9 nov. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde — Álcool e Redução de Danos — uma abordagem inovadora para países em transição, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro/Portaria MS/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 34, Seção 1, p. 22-23, 20 fev. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caminhos da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS nº 147 de 25 de agosto, dispõe sobre a necessidade de melhorar a assistência prestada às pessoas com transtornos mentais, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 816/GM em 30 de abril de 2002. Dispõe sobre a instituição, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 27 dez. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Diário Oficial da União, Brasília, 30 jan. 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.845, de 20 de junho de 2018. Estabelece os procedimentos, códigos e registros para atendimentos em saúde mental no CAPS-AD IV no âmbito do Sistema Único de Saúde — SUS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 21 jun. 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt1845_20_06_2018.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Nota Técnica nº 11/2019. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Projeto de Lei n. 5.228, de 2009. Regula o acesso às informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, inciso II do § 3º do art. 37º e no § 2º do art. 216º da Constituição, e dá outras providências. 2009. Disponível em: <http://www.memoriasreveladas.arquivonacional.gov.br/media/PROJETO_DE_LEI_5228-13_de_maio_de_2009_-_EM_e_PL.pdf>.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental e coordenação da Atenção Básica. Saúde mental e Atenção Básica. **O vínculo e o diálogo necessários:** Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica. Circular conjunta no 01/03, de 13 nov. 2003.

BRASILEIRO, Fellipe Sá; ALMEIDA, Ana Margarida Pisco. **Barreiras à informação em saúde nas mídias sociais.** RDBCI: Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação, Campinas, SP, v. 19, n. 00, p. e021030, 2021. DOI: 10.20396/rdbci.v19i00.8667199. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/rdbci/article/view/8667199>. Acesso em: 25 jul. 2025.

BRITO, Andiará Araújo Cunegundes de; BONFADA, Diego; GUIMARÃES, Jacileide. **Onde a reforma ainda não chegou:** ecos da assistência às urgências psiquiátricas. Physis — Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1293-1312, 2015.

BORGES, Camila Furlanetti; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. **O modelo assistencial em saúde mental no Brasil:** a trajetória da construção política de 1990 a 2004. Caderno de Saúde Pública, 24(2), 456-468. 2008.

CANCIAN, Mario; CAVALCANTE, Wylma Tenorio; PINHO, Silvia Teixeira de. **Desafios na gestão pública no processo de gestão em saúde:** uma revisão de literatura. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, [S. l.], v. 5, n. 4, p. 2697-2715, 2023. DOI: 10.36557/2674-8169.2023v5n4p2697-2715. Disponível em: <https://bjih.s.emnuvens.com.br/bjih/article/view/599>.

CARVALHO, Marcela Campos; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **Acesso à Saúde Mental em Itajubá/MG.** ECOS. v. 6, n. 1, p. 20-35, 2015.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde.** In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2009. p. 113-126.

CFESS. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.** Brasília: CFESS, 2010.

CHAVES, Arlane Silva Carvalho; JESUS, Layane Mota de Souza de; ROSA, Carlos Mendes; GARCIA, Leandro Guimarães. **Recorte temporal dos desafios para implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Brasil:** Revisão Sistemática. Mental, Barbacena, v. 14, n. 26, p. 1-19, dez. 2022. Disponível em

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272022000200003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 24 jul. 2025. Epub 23-Set-2024. <https://doi.org/10.5935/1679-4427.v14n26.0003>.

CLEMENTINO, Francisco de Sales; MIRANDA, Francisco Arnoldo Nunes de; MARTINIANO, Claudia Santos; MARCOLINO, Emanuella De Castro; JÚNIOR, João Mário Pessoa; DIAS, Joseana de Almeida. **Avaliação de Estrutura Organizacional dos Centros de Atenção Psicossocial do Município de Campina Grande, Paraíba**. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. v. 20, n. 4, p. 261-268, 2016.

COGOY, Eliana Mourgues; PEREZ, Suyane Campos; DUTRA, Sidimar Ferreira; BERGER, Patrícia de Oliveira; LODOVSKI, Ricardo. **Comunicação e Serviço Social: uma análise sobre a comunicação no exercício profissional do assistente social**. In: XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (2018), 2018. Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, v. 1, n. 1 (2018), Salvador, publicado em 21 de maio de 2019. Sessão: Comunicações orais — Ética, Direitos Humanos e Serviço Social.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Política de Comunicação do Conjunto CFESS/CRESS**. Brasília: CFESS, 2016.

COSTA, Fernanda Rebouças Maia; LIMA, Valéria Vernaschi; SILVA, Roseli Ferreira da; FIORONI, Luciana Nogueira. **Desafios do apoio matricial como prática educacional: a saúde mental na atenção básica**. Interface — Comunicação Saúde Educação. v. 19, n. 54, p. 491-502, 2015.

CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira; GONÇALVES, Renata Weber; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019**. Trabalho, Educação e Saúde, v. 18, n. 3, 2020.

CUNHA, Vânia Cristina Alves; GALERA, Sueli Aparecida Frari. **Perfil das equipes dos centros de atenção psicossocial de uma região do estado de Minas Gerais**. Arquivos de Ciências da Saúde. v. 23, n. 1, p. 32-36, jan/mar, 2016.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **Saúde mental, psiquiatria e reforma psiquiátrica no Brasil: contribuições para uma análise crítica**. São Paulo: Hucitec, 2019.

ESPÍNDOLA, Nelma R. S. **Em defesa do diálogo entre a mídia rádio e o Serviço Social**. In: SALES, Mione Apolinario; RUIZ, Jefferson Lee de Souza (Org.). Mídia, questão social e Serviço Social. São Paulo: Cortez Editora, 2009, v. 1, p. 214-234.

FARIAS, Paula Karoline Soares; LEITE, Agda Silene; OLIVEIRA, Fabíola Belkiss Santos de; BICALHO, Juliano Magno de Valadares; SANTOS, Júlia Maria Moreira; ANDRADE, Maurício Alves; SAMPAIO, Helena Alves de Carvalho Sampaio; MARTINS, Andréa Maria Eleutério de Barro Lima. **Letramento em saúde: uma revisão de literatura**. Cuadernos de Educación y Desarrollo, [S. l.], v. 16, n. 3, p. e3572, 2024. DOI: 10.55905/cuadv16n3-025. Disponível em:

<https://ojs.cuadernoseducacion.com/ojs/index.php/ced/article/view/3572>. Acesso em: 25 jul. 2025.

FERLA, Alcindo Antônio; CECCIM, Ricardo Burg; ALBA, Rafael Dall. **Informação, educação e trabalho em saúde**: para além de evidências, inteligência coletiva. RECIIS, [S. l.], v. 6, n. 2, 2012. DOI: 10.3395/reciis.v6i2.477. Disponível em: <https://www.recis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/477>.

FERREIRA, Emanuelle Geórgia Amaral; SANTOS, Elisete Sousa; MACHADO, Miriam Novaes. **Política de informação no Brasil**: a lei de acesso à informação em foco. Múltiplos Olhares em Ciência da Informação, v. 2, n. 1, mar. 2012.

FIGUEIREDO, Kênia Augusta. **A comunicação no exercício profissional do assistente social**. In: Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, 13, 2010, Brasília. Anais [...]. Brasília, 2010.

FIGUEIREDO, Kênia Augusta. **Comunicação pública na Política de Assistência Social**: Um direito para se ter direitos. In: Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, 15., 2016, Olinda-PE. Anais [...]. Olinda-PE, 2016.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FREIRE, Érika Vanêssa Soares; CABRAL, Barbara Eleonora Bezerra. **Saúde Mental no Território**: reflexões sobre agenciamentos possíveis na relação com a residência terapêutica. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. Florianópolis, v. 8, n. 19, p. 17-41, 2016.

FREIRE, Felipe Ribeiro. **Desafios para a transparência pública**: um estudo com os usuários do Portal da Transparência do Governo Federal. 2014. 283p. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) — Instituto de Ciência Política, Universidade de Brasília, 2014.

GELBCKE, Francine; MATOS, Eliane Matos; SALLUM, Nádia Chiodelli. **Desafios para a integração multiprofissional e interdisciplinar**. Tempus — Actas de Saúde Coletiva, vol. 5, n. 1, p. 31-39, 2011.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GÓMEZ, Maria Nélida González. **Da política de informação ao papel da informação na política contemporânea**. Revista Internacional de Estudos Políticos. Rio de Janeiro: UERJ/NUSEG, v. 1, n. 1, abr., p. 67-93, 1999.

GÓMEZ, Maria Nélida González. **Dos estudos sociais da informação aos estudos do social desde o ponto de vista da informação**. In: Aquino MA, organizadora. O campo da Ciência da Informação. Gênese, conexões e especificidades. João Pessoa: UFPB; 2002.

GONZAGA, Neuza; NAKAMURA, Eunice. **Os significados dos encaminhamentos feitos aos CAPS III de Santos**: a visão dos profissionais. Saúde e Sociedade. São Paulo, v. 24, n. 1, p. 232-243, 2015.

GRUMAN, Marcelo. **Lei de Acesso à Informação**: notas e um breve exemplo. Revista Debates, Porto Alegre, v. 6, n. 3, p. 97-108, set-dez, 2012.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na Cena Contemporânea**. In: CFESS; ABEPSS. Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. v. 1. p. 1-45.

JARDIM, Vanda Maria da Rosa; CARTANA, Maria do Horto Fontoura; KANTORSKI, Luciane Prado; QUEVEDO, André Luis Alves de. **Avaliação da política de saúde mental a partir dos projetos terapêuticos de Centros de Atenção Psicossocial**. Texto contexto: Enfermagem, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 241-248, 2009.

JORGE, Maria Salete Bessa; DINIZ, Alexandre Melo; LIMA, Leilson Lira de; PENHA, Jardeliny Corrêa da. **Apoio Matricial, Projeto Terapêutico Singular e Produção do Cuidado em Saúde Mental**. Texto Contexto Enfermagem. Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 112-20, jan/mar, 2015.

LIMA, R. C. de; YASUI, Silvio. **O SUS e o cuidado em saúde mental**: uma trajetória de inclusão social. In: PINTO, A. G. et al. (org.). Saúde mental e atenção psicossocial. São Paulo: Hucitec, 2010.

LOGAN, Diane; MARLATT, G. Alan. **Harm reduction therapy**: A practice-friendly review of research. Journal of Clinical Psychology, 66(2), 201-214. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jclp.20669>

MARTINS, Paula Ligia. **Acesso à Informação**: Um direito fundamental e instrumental. Acervo, [S. l.], v. 24, n. 1, p. 233-244, 2012. Disponível em: <https://revista.arquivonacional.gov.br/index.php/revistaacervo/article/view/381>. Acesso em: 15 jul. 2025.

MENDONÇA, Ana Valéria Machado; SOUZA, Maria de Fátima. **Desafios contemporâneos para a Saúde Digital**: literatura, educação midiática e prevenção. FREITAS, Julliane Alves; CAIXETA, Camila Cardoso; MAIA, Ana Paula Araujo de Lima; PEDROSA, Digeane Cristine Cardoso. Realidade de um CAPS AD: a evasão do usuário de álcool e outras drogas. 2014.

MERHY, Emerson Elias. **Os CAPS e seus trabalhadores**: no olho do furacão Antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores, 2004.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec. 2002.

MIELKE, Fernanda Barreto; KANTORSKI, Luciane Prado; OLSCHOWSKY, Agnes; JARDIM, Vanda Maria da Rosa. **Características do cuidado em saúde mental em um CAPS na perspectiva dos profissionais**. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 265-276. 2011. DOI: 10.1590/S1981-77462011000200006. Disponível em: <https://www.tes.epsjv.fiocruz.br/index.php/tes/article/view/1562>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. (2004a).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. (2004b).

MONTALVÃO, Beatriz Silva. **O exercício profissional do assistente social no CAPS AD III**. 2017. 61 f.. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) — Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

MORAES, Alice Ferry de. **Informação estratégica para as ações de intervenção social na saúde**. Ciência & Saúde Coletiva. v.13, p. 2041-2048, 2008.

MORORO, Martha Emanuela Martins Lutti; COLVERO, Luciana de Almeida; MACHADO, Ana Lúcia. **Os desafios da integralidade em um Centro de Atenção Psicossocial e a produção de projetos terapêuticos**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 45, n. 5, p.1171-1176, 2011.

NETTO, José Paulo. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 11. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

NICÁCIO, Fernanda; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. (1994). **A rede substitutiva em saúde mental e a estruturação dos serviços**. Revista Brasileira de Saúde Mental, 3(1), 23-31.

PEREIRA, João Carlos; ALMEIDA, Maria Helena. **Desafios no acesso aos serviços de saúde mental: uma análise das barreiras informacionais**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 105-115, 2017.

PEREIRA, Raquel Aparecida. **Uma análise sobre os efeitos da introdução da Lei de Acesso à Informação na prática da gestão pública**. 2016. 42 p. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) — Escola Nacional de Administração Pública (Enap), Brasília, 2016.

PERLOW, Ellen. **Accessibility: global gateway to health literacy**. Health Promot Pract. 2010; 11(1):123-31.

REAL, Marisa Helena de Mendonça Corte. **Concepções da Equipe multiprofissional do CAPS álcool e drogas sobre o cuidado em Saúde Mental**. 2015.

RIBEIRO, Mário Sérgio; ALVES, Márcio José Martins; VIEIRA, Eveline Maria de Melo; SILVA, Priscila Matthiesen e; LAMAS, Camila Vieira Dal-Bianco. **Fatores associados ao abandono de tratamento em saúde mental em uma unidade de nível secundário do sistema municipal de saúde**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 2008; 57(1): 16-22.

RONZANI, Telmo Mota; NOTO, Ana Regina; SILVEIRA, Pollyanna Santos da. **Reduzindo o estigma entre usuários de drogas: guia para profissionais e gestores**. Juiz de Fora, Editora da UFJF, 2014.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana. **Desinstitucionalização: uma outra história da saúde mental no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2001.

SANCHEZ, Raquel Maia, CICONELLI, Rozana Mesquita. **Conceitos de acesso à saúde**. Revista Panam Salud Pública. 2012;31(3): 260-8

SANTOS, Milton. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. 4. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2007.

SARLET, Ingo Wolfgang; MOLINARO, Carlos Alberto. **Direito à Informação e Direito de Acesso à Informação como Direitos Fundamentais na Constituição Brasileira**. Revista da AGU, [S. l.], v. 13, n. 42, 2014. DOI: 10.25109/2525-328X.v.13.n.42.2014.542. Disponível em: <https://revistaagu.agu.gov.br/index.php/AGU/article/view/542>.

SENAD, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Integração de Competências no Desempenho da Atividade Judiciária com Usuários e Dependentes de Drogas**. Ministério da justiça, 2011.

SGORLON, Claudiana Tavares da Silva; TORRES, Mabel Mascarenhas. **Serviço Social e Comunicação: os trabalhos apresentados nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais - 12º ao 15º**. In: SER Social: Comunicações e Políticas Sociais, Brasília, v. 27, n. 56, 2022. DOI: 10.26512/ser_social.v27i56.55587

SGORLON, Claudiana Tavares da Silva; TORRES, Mabel Mascarenhas. **O trabalho de assistentes sociais: a comunicação como mediação na intervenção profissional**. [S.l.]: [s.n.], nov. 2022. In: IV Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social (2022), Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), 30 nov. 2022.

SILVA, Aline Basso da; PINHO, Leandro Barbosa de. **Crack e gestão do cuidado no território: desafios no cotidiano do trabalho em saúde mental**. Ciências e Cuidados em Saúde. v. 14, n. 4, p. 1564-1571, out/dez, 2015.

SILVA, Ana Maria Pedrosa. **A Importância do CAPS na Consolidação do Novo Modelo de Saúde Mental Brasileiro**. 2010. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) — Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

SILVA, João; PEREIRA, Maria; SOUZA, Carlos. **Marco legal e ético da política pública de saúde mental e atenção ao uso de substâncias psicoativas no Brasil**. São Paulo: Editora Saúde, 2020

SILVEIRA, Ricardo Wagner Machado; REZENDE, Diogo; MOURA, Willian Araújo. **Pesquisa-intervenção em um CAPSad — Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas**.

Gerais, Rev. Interinst. Psicol., Juiz de fora, v. 3, n. 2, p. 184-197, dez. 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202010000200008&lng=pt&nrm=iso>.

SOARES, Camila Alves; SOUSA, Leilane Barbosa de; QUEIROZ, Viviane Vicente. **A gestão do trabalho no campo da saúde mental**: desafios e possibilidades. Cadernos ESP. Ceará, v. 9, n. 1, p. 9-18, jan/jun, 2015.

SOUZA, Jacqueline; KANTORSKI, Luciane Prado; MIELKE, Fernanda Barreto. **Vínculos e Redes Sociais de Indivíduos Dependentes de Substâncias Psicoativas Sob Tratamento em CAPS ad**. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas. 2006.

SOUZA, Olívia Egger; ZENI, Ana Paula Dalchiavon; MANTESSO, Mariana; FEDERIZZI, Thaíse; HIRDES, Alice. **Tratamento e reabilitação de usuários de CAPS-AD sob a perspectiva dos profissionais do serviço**. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 37, n. especial, p. 171-184, dezembro de 2013.

SOUZA, Victor Roberto Corrêa de. **O acesso à informação na legislação brasileira**. Revista da Seção Judiciária do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, v. 19, n. 33, p. 161-181, ago. 2012.

THIEDE, Michael; MCINTYRE, Di. **Information, communication and equitable access to health care**: a conceptual note. Caderno Saúde Pública. 2008;24(5):1168-73. 11.

TRAJANO, Mariana Peres; BERNARDES, Suela Maiara; ZURBA, Magda do Canto. **O cuidado em saúde mental**: caminhos possíveis na rede de atenção psicossocial. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health, [S. l.], v. 10, n. 25, p. 20-37, 2018. DOI: 10.5007/cbsm.v10i25.69600. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69600>. Acesso em: 25 jul. 2025.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **O poder que brota da dor e da opressão**: empowerment, sua história, teorias e estratégias. São Paulo: Paulus, 2003.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Saúde mental e serviço social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 5 ed. São Paulo, Cortez, 2010.

VASCONCELOS, Vinicius. **Trabalho em equipe na saúde mental**: o desafio interdisciplinar em um CAPS. Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.) v.6 n.1 Ribeirão Preto 2010.

VASTERS, Gabriela Pereira; PILLON, Sandra Cristina. **O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesões e abandono de tratamento especializado**. Revista Latino Americana de Enfermagem. Março/abril. 2011.

YASUI, Silvio. **Clínica peripatética**: contribuições para a construção de metodologias de cuidado em saúde mental. São Paulo: Hucitec. 2010.