



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE
CIÊNCIAS DA VIDA E DA
NATUREZA (ILACVN)**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO
DA SAÚDE**

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA CONSTRUÇÃO DO PROJETO
TERAPÊUTICO SINGULAR**

**UNIDADE DE DESINTOXICAÇÃO DE DROGAS PARA CRIANÇAS E
ADOLESCENTES NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ**

ANDERSON DOS SANTOS TOSTI

Foz do Iguaçu
2023



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE
CIÊNCIAS DA VIDA E DA
NATUREZA (ILACVN)**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DA
SAÚDE**

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA CONSTRUÇÃO DO PROJETO
TERAPÊUTICO SINGULAR**

**UNIDADE DE DESINTOXICAÇÃO DE DROGAS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES
NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ**

ANDERSON DOS SANTOS TOSTI

Artigo apresentado à Universidade Federal da
Integração Latino-Americana como requisito
parcial para a obtenção do título de Especialista
em Gestão da Saúde

Orientador/a: Sandra Aparecida Zotovici

Foz do Iguaçu
2023

ANDERSON DOS SANTOS TOSTI

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA CONSTRUÇÃO DO PROJETO
TERAPÊUTICO SINGULAR**

UNIDADE DE DESINTOXICAÇÃO DE DROGAS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES
NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ

Artigo apresentado à Universidade Federal da
Integração Latino-Americana como requisito
parcial para a obtenção do título de Especialista
em Gestão da Saúde

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Profa. Dra. Sandra Aparecida Zotovici
UNILA

Profa. Dra. Juliana Domingues
UNILA

Profa. Dra. Cristiane Sander
UNILA

Foz do Iguaçu, 30 de junho de 2023.

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do/a autor/a: Anderson dos Santos Tosti

Curso: Especialização em Gestão da Saúde

	Tipo de Documento
(.....) graduação	(X) artigo
(X) especialização	(.....) trabalho de conclusão de curso
(.....) mestrado	(.....) monografia
(.....) doutorado	(.....) dissertação
	(.....) tese
	(.....) CD/DVD – obras audiovisuais
	(.....)

Título do trabalho acadêmico: Fundamentos do trabalho do Assistente Social na construção do Projeto Terapêutico Singular: Unidade de Desintoxicação para Crianças e Adolescentes no Hospital Universitário do Oeste do Paraná

Nome do orientador(a): Profa. Dra. Sandra Aparecida Zotovici

Data da Defesa: 30/06/2023

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

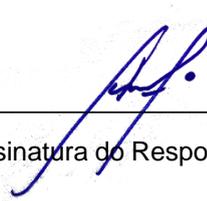
a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que o detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.

b) Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à UNILA – Universidade Federal da Integração Latino-Americana os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.

Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal da Integração Latino-Americana, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

Na qualidade de titular dos direitos do conteúdo supracitado, o autor autoriza a Biblioteca Latino-Americana – BIUNILA a disponibilizar a obra, gratuitamente e de acordo com a licença pública *Creative Commons Licença 3.0 Unported*.

Foz do Iguaçu, 30 de junho de 2023.


Assinatura do Responsável

RESUMO

Este artigo busca apresentar a fundamentação teórica que subsidia o trabalho do assistente social na elaboração do Projeto Terapêutico Singular, instrumento construído em parceria com o dependente químico, respeitando a autonomia do sujeito na busca por perspectivas e planejamentos que visem a mudança de comportamento e a superação da ambivalência. A pesquisa bibliográfica e documental apresenta as bases para a atuação profissional, com recorte específico na atuação em equipe multiprofissional na Unidade de Desintoxicação de Drogas para Crianças e Adolescentes do Hospital Universitário do Oeste do Paraná, explora a literatura e métodos de intervenção. Por fim, evidencia o profissional do Serviço Social na posição de garantidor de direitos, negando as perspectivas manicomiais, proibicionistas, moralizantes e, tendo como norte a autonomia do paciente.

Palavras-chave: Assistente Social; Dependência Química; Projeto Terapêutico; Drogas; Internação Psiquiátrica.

RESUMEN

Este artículo se propone a presentar las bases teóricas que fundamentan el trabajo de los trabajadores sociales en la elaboración del Proyecto Único Terapéutico, instrumento construido en colaboración con el dependiente químico, respetando la autonomía del sujeto en la búsqueda de perspectivas y planeamientos dirigidos a la modificación del comportamiento y a la superación de la ambivalencia. La búsqueda bibliográfica y documental presenta las bases para la actuación profesional, con especial énfasis en la actuación en equipo multiprofesional en la Unidad de Desintoxicación de Drogas para Niños y Adolescentes de *Hospital Universitário do Oeste do Paraná* (Hospital Universitario del Oeste de Paraná), explora la literatura y los métodos de intervención. Por fin, destaca al profesional de los Servicios Sociales en la posición de garantizador de derechos, negando las perspectivas manicomiales, prohibicionistas, moralizantes y, teniendo como directriz la autonomía del paciente.

Palabras clave: Trabajador Social; Dependencia Química; Proyecto Terapéutico; Drogas; Hospitalización Psiquiátrica.

ABSTRACT

This article presents the theoretical basis that subsidizes the work of Social Workers in the development of the Single Therapeutic Project, an instrument built in partnership with the chemically dependent individual, respecting the autonomy of the subject in the search for perspectives and planning to change behavior and overcome ambivalence. The bibliographic and documental research presents the bases for the performance of the professional, with specific emphasis on the performance of the multidisciplinary team at the Drug Detoxification Unit for Children and Adolescents at *Hospital Universitário do Oeste do Paraná* (University Hospital of the Western Paraná), and explores the literature and intervention methods. Lastly, it shows the Social Service professional in the position of rights guardian, denying the manicomial, prohibitionist and moralizing perspectives, and having the patient's autonomy as a guideline.

Keywords: Social Worker; Chemical Dependence; Therapeutic Project; Drugs; Psychiatric Hospitalization.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS	Sistema Único de Saúde
HUOP	Hospital Universitário do Oeste do Paraná
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
PTS	Projeto Terapêutico Singular
EM	Entrevista Motivacional
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
A INTERNAÇÃO EM HOSPITAL GERAL PARA DESINTOXICAÇÃO	14
AS ATRIBUIÇÕES DO ASSISTENTE SOCIAL NA CONSTRUÇÃO DO PTS	17
Fatores de risco e fatores de proteção	19
A Entrevista Motivacional	22
FUNDAMENTOS DA INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL	25
CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS	29
ANEXOS	32
ANEXO A – PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR DA UNIDADE DE DESINTOXICAÇÃO DO HUOP	33

INTRODUÇÃO

O uso de drogas é uma prática identificada em praticamente toda a história registrada da humanidade. A forma de consumo e a mudança de percepção são particulares de cada época e cultura, mas a presença de substâncias que alteram a percepção da realidade configura fenômenos sociais que são enfrentados de diversas maneiras. A sociedade capitalista do século XX, majoritariamente, optou pelo viés proibicionista. Isso impactou a forma como a sociedade percebe o dependente químico, atribuindo estigmas e preconceitos.

O entendimento da dependência química como doença é uma definição relativamente nova em termos de história, a fixação dessa concepção pela Organização Mundial da Saúde se deu no século XX, mas convive paradoxalmente com a guerra às drogas. No Brasil, a doença enquadrada entre os transtornos mentais, foi tratada por muito tempo com repressão e de forma manicomial. Com a Reforma Sanitária e a instituição do SUS nos anos 80 e 90 do século passado, o quadro começou a mudar.

A partir dessa nova concepção de saúde, em especial no campo da saúde mental, no Brasil da redemocratização, é que emerge uma nova abordagem em relação à dependência química. O tratamento manicomial é superado, dando lugar ao modelo de atendimento com preferência na modalidade ambulatorial. O surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dão primazia no atendimento dos pacientes considerando suas vivências, a rede social constituída e seu território.

O novo paradigma instituído no SUS não desconsidera a necessidade da internação psiquiátrica, mas a impõe como modalidade de exceção, devendo ser considerada como possibilidade de tratamento apenas quando esgotadas as possibilidades extra-hospitalares, por curto período de tempo e somente com laudo que justifique a necessidade. Esses critérios são devidamente estabelecidos na Lei 10.216/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O assistente social, como profissão reconhecida pela Lei 8.662/93 com responsabilidade de identificar recursos e fazer uso destes no atendimento e na defesa da garantia de direitos, é chamada a intervir como parte das equipes multiprofissionais reunidas nos diversos serviços que atendem essa demanda de saúde mental. Neste trabalho, fazemos o recorte das atribuições desse profissional no âmbito da internação psiquiátrica de curta duração para desintoxicação de crianças e adolescentes no Hospital

Universitário do Oeste do Paraná (HUOP). O objetivo é analisar as atribuições do assistente social na construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) na Unidade de Desintoxicação de Drogas para Crianças e Adolescentes no HUOP e apresentar um breve arcabouço teórico e os marcos legais.

O artigo científico, como aponta Severino (2007), é resultado do esforço do pesquisador em estudar o tema e sistematizar o conhecimento adquirido a partir da pesquisa, apontando para o objetivo claro e concreto. Para estruturar este artigo, realizamos pesquisa bibliográfica e documental. A partir da leitura do Projeto Terapêutico da Unidade de Desintoxicação de Drogas para Crianças e Adolescentes do HUOP, elencamos especificamente os pontos relativos às atribuições do assistente social no que diz respeito a sua participação no instrumento PTS. Para cada atribuição, abordamos autores que fundamentam a atuação profissional com a preocupação de estabelecer os fundamentos teóricos que sustentam o trabalho do Serviço Social nesse processo.

Dessa forma, o PTS e o Projeto da Unidade, junto das leis que trouxemos no texto, compõe os documentos analisados. A pesquisa bibliográfica foi realizada em compilados de materiais de formação direcionados para profissionais que atuam no tratamento da dependência química e em artigos acadêmicos extraídos em pesquisa no portal Scielo.¹

O presente artigo se propõe ter um papel reflexivo sobre o trabalho do assistente social como instrumento de garantia de direitos, num espaço de constante vigilância para que não haja retrocesso, já que o modelo de internação em hospital geral, com privação de liberdade, não deve reproduzir as velhas práticas manicomiais. O status de internação involuntária, considera a incapacidade momentânea do sujeito em realizar o autocuidado, mas não deve desconsiderar sua autonomia, seus direitos como sujeito ativo no processo de mudança a que se propõe. Nesse contexto, nesse campo de tensões e institucionalização é que se insere o Serviço Social hospitalar.

¹ Fonte: <https://www.scielo.br>

A INTERNAÇÃO EM HOSPITAL GERAL PARA DESINTOXICAÇÃO

A dependência química é uma doença com causas multifatoriais, não há como estabelecer uma relação de causalidade única, por isso difere as formas de tratamento para cada indivíduo, a depender do estágio de prontidão de mudança, da autocrítica e outros fatores relacionados à avaliação psicossocial do indivíduo. Segundo Borges *et al.* (2017) as redes sociais são fundamentais e potencializam os fatores de risco ou de proteção do sujeito. As famílias, amigos e demais componentes dessas redes são agentes, conscientes ou não, tanto no adoecimento, quanto no processo de tratamento do dependente químico. Dessa forma, o autor destaca a necessidade de priorizar a intervenção comunitária do sujeito no que diz respeito às intervenções de atenção à saúde, levando em conta a participação das redes sociais que os usuários têm estabelecido.

Partindo da ideia de atenção à saúde do dependente químico a partir do entendimento das redes sociais e vínculos comunitários na potencialização dos fatores de proteção, Novaes (2014), ao analisar o ordenamento jurídico brasileiro, afirma que as políticas públicas que dispomos no Brasil consideram que o tratamento em saúde para esses usuários está alicerçado na ideia de que a internação em hospital geral deve se dar apenas quando esgotados os recursos extra-hospitalares, sendo de curta duração e concomitantemente deve-se elaborar perspectivas para reinserção social do indivíduo.

O tratamento ao dependente químico, enquadrado na categoria de transtornos mentais, está regulamentada pela Lei 102016/01, que estabelece a primazia do atendimento ambulatorial e sem a privação de liberdade. Dessa forma, a internação é o estágio do tratamento que se dá quando os recursos extra-hospitalares se mostram insuficientes. Importante ressaltar aqui, que não se trata de tentar todas as abordagens possíveis antes de considerar uma internação. Muitas vezes, esses usuários estão evadidos de todos os serviços da rede de atenção psicossocial e, quando finalmente acessados, já estão em fase na qual os serviços estabelecidos para atendimentos ambulatoriais e terapêuticos já não dispõe de condições adequadas para atendê-lo, necessitando que a internação seja considerada como alternativa.

A fase inicial do tratamento para transtornos mentais deve ocorrer no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Esse serviço traça a estratégia para atendimento ambulatorial com consultas e oficinas terapêuticas, elabora um plano individualizado considerando a realidade do usuário e busca fortalecer os vínculos familiares e comunitários. Sendo um serviço alicerçado na territorialidade, tem mais capacidade de se

aproximar da realidade do paciente e avalia constantemente o progresso do tratamento (LUZ *et al*, 2014). As internações, em todas as suas modalidades, em sua grande maioria são realizadas a partir de encaminhamentos da equipe do CAPS, quando não fruto de serviços de emergência que atendem os dependentes químicos por outras demandas, mas identificam que a causa dos agravos de saúde está no uso abusivo de drogas.

Trataremos aqui, apenas da internação em hospital geral, lembrando que o objetivo final da nossa análise é o trabalho do assistente social em um desses ambientes. Portanto, não trataremos da internação em comunidades terapêuticas, modalidade que se constituiu como alternativa num processo histórico de vácuo de ausência do Estado, e sobre o qual, se trava um longo debate no âmbito das políticas voltadas aos dependentes químicos.

Ao estabelecer os critérios e normas para o tratamento dos indivíduos com transtornos mentais, a Lei 10216/01 estipula três tipos de internação: A internação voluntária, a internação involuntária e a internação compulsória.

Novaes (2014) alerta que o fato do usuário causar importunação ou risco social à família e/ou à sociedade, não justifica a internação hospitalar, havendo outros dispositivos na legislação brasileira para lidar com tais situações. A internação deve considerar a capacidade do próprio sujeito em decidir/responsabilizar-se ou não por seus atos. Portanto, na internação voluntária, o usuário não somente solicita, como consente através de termo no qual subscreve o desejo de internar-se e se submeter ao tratamento em hospital geral. Da mesma forma que adere livremente a internação, também a alta hospitalar deve ocorrer quando esse sujeito decide interrompê-la. Nessa fase, compreende-se o sujeito como estando em condições plenas de decidir sobre tratar-se ou não, respeitando a sua autonomia.

A internação involuntária se dá apesar do não consentimento do indivíduo, mas a pedido de terceiro. Nesse caso, mesmo que o sujeito não alcance a crítica suficiente para perceber-se necessitando de uma medida de internação, ela pode ser solicitada por avaliação da rede psicossocial, compreendendo que não dispõem dos recursos para atendimentos e que o usuário esteja em risco e sem condições plenas de decidir por sua própria saúde. Trata-se de uma medida em que o direito à vida sobrepõe o direito à autonomia.

A internação compulsória ocorre por determinação judicial. Aqui, importante ressaltar uma realidade que Novaes (2014) nos traz: Muitas vezes as famílias ingressam com ação para conseguir uma medida judicial que interdite o familiar dependente químico

e, por consequência, forcem a internação. Essa medida de judicialização da saúde mental não está em consonância com a Lei 10216/01, uma vez que a internação psiquiátrica é realizada apenas com laudo médico, não compete à autoridade judiciária usurpar essa atribuição. A determinação judicial deve ser utilizada apenas quando o usuário tem indicação médica para internação, mas o Estado não garante o leito. O judiciário, neste caso, é utilizado para garantia de direitos e como forma de responsabilizar o Estado no atendimento à demanda.

A internação psiquiátrica ainda tem outra particularidade. Dado os excessos registrados no passado manicomial do Brasil, o Art. 8º, § 1º da Lei 10216/01 ainda dispõe de outra exigência para acompanhamento, toda internação, assim como a alta hospitalar, deve ser informada ao Ministério Público em até setenta e duas horas. O Ministério Público do Paraná recebe as informações através de sistema próprio, o PROTEGE – Proteção à Pessoa Acometida de Transtorno Mental. O sistema deve ser preenchido pelo responsável técnico do estabelecimento, na Unidade de Desintoxicação de Drogas para Crianças e Adolescentes do HUOP, a responsabilidade sobre a atualização do sistema é delegada ao assistente social, uma vez que é preciso preencher com informações mais amplas que aquelas mencionadas nos laudos médicos. O sistema exige, por exemplo, que se insira dados sociais da situação anterior do indivíduo e encaminhamentos de rede posteriores à alta.

A Portaria nº 148 de 2012 do Ministério da Saúde, indica que 10% dos leitos em hospitais gerais devem ser destinados ao atendimento na área de saúde mental. Conforme registrado no projeto terapêutico da Unidade de Desintoxicação de Drogas para Crianças e Adolescente no Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP), esta ala foi criada em 2007 para atender esta demanda específica, sendo a causa primeira da internação a dependência química. Inicialmente as vagas eram oferecidas apenas para crianças e adolescentes dos municípios que compõem a 10ª Regional de Saúde do Paraná. A partir de 2015 a regulação de leitos passou a ser gerida pela Central Estadual de Leitos, dessa forma, a unidade passou a ofertar vagas para todo o Paraná.

As internações na unidade de desintoxicação são organizadas por ciclos. Nos primeiros anos de atendimento, as equipes de saúde deste estabelecimento passaram a entender que era preciso uma dinâmica de internações e altas que facilitasse o trabalho em grupo. Dessa forma, estabeleceram o sistema de ciclos. Todos os pacientes são recebidos para internações durante três dias, em horários distintos. Os pacientes já ingressam na instituição sabendo exatamente a data da alta. Embora os atendimentos

levem em consideração a individualidade e aspectos psicossociais de cada indivíduo nas suas particularidades, optou-se pela formação de grupo para que as informações gerais não se tornassem repetitivas. Dessa forma, no que tange às questões que são próprias a todos os dependentes químicos, não importando o estágio em que se encontra nas fases de prontidão de mudança, todos recebem essas orientações, sem o prejuízo de que uns acessem informações duas vezes e outros não. Cada ciclo dura em média 35 dias, são disponibilizados 12 leitos por ciclo.

Apresentados os aspectos dos critérios de internação, demonstrando as diversas formas legais sobre quais os indivíduos acessam o hospital geral, apresentaremos a seguir as atribuições do assistente social, atividades previstas no projeto terapêutico da Ala de Desintoxicação de Drogas para Crianças e Adolescente no HUOP.

AS ATRIBUIÇÕES DO ASSISTENTE SOCIAL NA CONSTRUÇÃO DO PTS

A primeira atribuição do assistente social no Projeto Terapêutico da Unidade de Desintoxicação versa sobre a participação desse profissional no trabalho em equipe multiprofissional para elaboração do PTS do paciente.

A Unidade de Desintoxicação é formada por uma equipe multiprofissional dividida em três turnos diários: São três enfermeiros, sendo um para cada turno; Três técnicos de enfermagem por turno; Três médicos psiquiatras, sendo um por plantão/dia com carga horária de quatro horas presenciais e vinte horas de sobreaviso; Um assistente social e um psicólogo, ambos com carga horária mensal de duzentas horas, com presença no hospital por cerca de oito horas por dia, atendendo outras alas, mas com prioridade de atendimento para esta unidade. A coordenação da unidade atualmente é atribuição de um enfermeiro designado pela Direção de Enfermagem do HUOP.

Além do quadro técnico a que o HUOP dispõe, há ainda a participação do Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar (SAREH). Esse serviço conta com professores da rede estadual, coordenados por uma pedagoga, que atuam na ala pediátrica e na Unidade de Desintoxicação ministrando aulas para que os pacientes não tenham prejuízos em relação às atividades escolares. Evidente, na realidade posta dos usuários desta ala, alguns chegam a internação evadidos e dessa forma há um trabalho para retomar a escolarização. Esse trabalho é muito importante no contexto da internação, pois também auxilia a compreender aspectos cognitivos das crianças e adolescentes.

O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), no documento intitulado

“Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde”, desmistifica a ideia de que o trabalho em equipe multiprofissional as profissões devam se diluir. Ao contrário, posiciona os diferentes saberes de forma que devam se articular para o atendimento integral ao usuário desta política. Dessa forma,

O assistente social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde. (CFESS, 2009, p.46).

Embora haja atribuições específicas para cada área profissional, as decisões sobre as condutas terapêuticas são tomadas em conjunto, de forma que essa equipe compõe um grupo em que cada um se complementa e pode atender o paciente de forma mais ampla. Dessa forma,

A interdisciplinaridade no cuidado em saúde se expressa através da integração e articulação de diferentes saberes e práticas capazes de produzir intervenções em comum, não deixando de valorizar o conhecimento e as atribuições das diferentes categorias profissionais. (ROCHA; LUCENA, 2018, p. 2).

As autoras prosseguem apontando para a forma como esse trabalho de trabalho foi redesenhado nos diversos níveis de atenção à saúde como forma de operacionalizar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a saber: a integralidade, a universalidade de acesso aos serviços de saúde e a igualdade da assistência à saúde. A partir dessa nova concepção articulada com a criação do SUS, a doença deixou de ser o foco dos atendimentos e o sujeito, com suas complexidades, direitos e autonomia, ganhou centralidade, daí o porquê de uma perspectiva interdisciplinar, de uma equipe multiprofissional articulando saberes a serviço do usuário. Atendimento integral, para um sujeito integral. A prática do trabalho multiprofissional é fundamental no entendimento do paciente como sujeito de dimensões biopsicossociais. Essa prática estruturada através da concepção de integralidade do SUS, é a superação do entendimento que se tinha até então a respeito de tratar a doença e não o indivíduo (PINTO *et al.*, 2011)

O PTS é o instrumento que compõe dados relevantes ao atendimento do paciente. Ele deve ser construído com o próprio sujeito envolvido, respeitando sua autonomia, sua história, as demandas que ele traz e os encaminhamentos que deseja. Contarato (2021) estabelece uma importante distinção na gestão do trabalho, as tecnologias das quais os profissionais dispõem para construir o cuidado à saúde podem ser classificadas em: Tecnologia dura, trata-se dos equipamentos que podem ser

utilizados; Tecnologia leve-dura, que corresponde ao conjunto de saberes estruturados, normas, protocolos e conhecimentos; Tecnologia leve, o âmbito das relações que se estabelecem entre os atores envolvidos. Dessa maneira, Rocha e Lucena (2018, p. 8) chamam atenção para as tecnologias leves que estão envolvidas na elaboração do PTS: “o acolhimento, o vínculo, a escuta, o diálogo, a corresponsabilização e a autonomia dos usuários”. As tecnologias duras são resultantes dessas, a saber, a produção de procedimentos.

Mais do que uma ferramenta essencial na política de saúde mental, o PTS é uma obrigação legal. A Lei 11343/06, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad e prescreve medidas de atendimento à saúde dos dependentes de drogas, estabelece em seu Art. 22, inciso III, ao tratar das atividades de atenção e a reinserção social dos usuários, estabelece como obrigação que os serviços de saúde elaborem o um projeto individualizado.

Fatores de risco e fatores de proteção

Um dos pontos relacionados no PTS são os fatores de riscos e os fatores de proteção. No instrumental utilizado pela unidade do HUOP (Anexo A), os preenchimentos desses fatores correspondem aos pontos 17 e 17.1, respectivamente. O termo “fatores de risco” é encontrado como “problemas identificados”, com a observação de serem elencados por ordem de prioridades. A ideia é que se possa relacionar fatores de proteção com fatores de risco, dessa forma, se o paciente identifica um problema, deve na sequência pensar em nova alternativa para auxiliá-lo na mudança de hábitos.

Pechansky *et al.* (2018) discorrem sobre esses fatores, com especial atenção para a adolescência. Nessa fase do desenvolvimento o cérebro ainda está em processo de maturação e o uso de drogas pode comprometê-lo. Além disso, é um período em que os sujeitos estão mais propensos a desenvolver dependência química.

Os autores seguem nessa análise observando que a adolescência é caracterizada por algumas particularidades que tornam esses sujeitos mais suscetíveis ao uso de drogas. Isso se deve em grande parte porque são mais influenciáveis pelo meio social, pelas pessoas que o cercam e pelos círculos sociais aos quais pertencem e vão se ligando. Aliás, o sentimento de pertencimento de grupo é muito característico dessa fase, logo, os comportamentos comunitários são reproduzidos para corresponder a essa identificação. O desejo por explorar novas experiências, o desejo por vivenciar hábitos que são particulares da fase adulta, aproximam os adolescentes do uso do álcool e outras

drogas. O álcool tem um agravante, é uma droga lícita muito utilizada como forma de sociabilidade entre as pessoas, vista como de uso comum e natural. O sentimento de onipotência é muito comum entre indivíduos dessa idade, a ideia de que eles tudo podem e de que estão isentos das consequências de escolhas nocivas.

Em relação aos fatores de risco na adolescência, é possível observar que por vezes eles estão associados com outros comportamentos de risco, inclusive ligados à sexualidade. O comportamento sexual, com relações desprotegidas devido à baixa crítica, é comum quando estão sob efeito das drogas. A exploração sexual também é uma realidade encontrada, principalmente entre usuárias do sexo feminino. O uso do corpo como moeda de troca ou a exploração deste pelo tráfico.

Ao elaborar uma lista de problemas com o paciente, é preciso considerar algumas informações relevantes, fazendo-os refletir sobre sua própria realidade. Destacamos na tabela abaixo alguns fatores que são de extrema relevância na observação e construção do projeto terapêutico individualizado.

Quadro 1 – Fatores de risco em adolescentes.²

FATORES AMBIENTAIS	Disponibilidade da substância em determinado ambiente ou contexto
	Tolerância da sociedade e/ou grupo em relação ao uso (ou mesmo abuso) da substância
	Normas da sociedade favoráveis ao uso de determinadas substâncias
FATORES FAMILIARES	Uso de álcool e outras drogas pelos pais
	Ausência de vínculo afetivo familiar
	Conflitos familiares
	Estrutura familiar precária
	Pouca supervisão dos pais
	Ausência de regras claras e/ou de limites em relação ao comportamento dos filhos

² Tabela criada por esse autor para sistematizar as informações expostas em (PECHANKSKY *et al.* 2018, p. 55-56).

	Situações estressantes (mudança de cidade, perda de um dos pais)
FATORES INDIVIDUAIS	Características de personalidade: baixa autoestima, baixa autoconfiança, agressividade, busca de novas sensações, impulsividade, rebeldia, baixa tolerância à frustração
	Transtornos psiquiátricos: transtorno de conduta, transtorno de hiperatividade e déficit de atenção (principalmente se associados ao transtorno de conduta), depressão, ansiedade e outros transtornos de personalidade
	Características genéticas e familiares: história familiar de problemas com álcool ou outras drogas é um fator de risco para desenvolvimento de alcoolismo ou dependência de outras substâncias
	Outros: sexualidade precoce, início precoce de consumo de álcool e tabaco, amigos que fazem uso de substâncias, baixo desempenho na escola, sentimento de rejeição pelos amigos, ter sofrido abuso físico ou sexual

Ao elaborar essa tabela a partir dos pontos elencados pelo autor, não estamos a criar uma lista rígida que deve ser repetida e checada de forma mecânica. A ideia central é que o profissional envolvido na construção do PTS tenha esses pontos assimilados e os identifique a partir das falas do paciente. Evidente que, dispondo condições de análise a partir de um arcabouço de saberes técnicos, o profissional pode conduzir o sujeito nessa reflexão, mas sem nunca o induzir a dar respostas de modo que a lista seja preenchida em todos os itens.

Os fatores de proteção contra o uso de drogas devem levar em conta uma construção conjunta com os familiares, uma vez que os mais comuns são

(...) especialmente com relação à família, entre eles: bom relacionamento familiar, supervisão ou monitoramento dos pais em relação ao comportamento dos filhos e noções claras de limites, bem como valores familiares de religiosidade ou espiritualidade. Outros fatores de proteção são relacionados à escola, como envolvimento em atividades escolares e esportivas e bom desempenho acadêmico. (PECHANKSKY *et al.* 2018, p.56).

Outro aspecto importante é que, é possível observar que nem todos os pontos dessa lista são objetos da competência do assistente social. A exemplo disso, são os transtornos mentais a serem observados, critérios que devem ser levantados como

hipótese diagnóstica em atendimento com os médicos psiquiatras em conjunto com a psicologia. Ao tomar conhecimento do possível diagnóstico, o assistente social pode incorporar as informações acerca do transtorno em sua análise, buscando entender como as características da condição mental influenciam a relação do sujeito com o mundo que o cerca, bem como, as formas possíveis de abordagem dos profissionais e da família com aquele indivíduo. Ressaltamos aqui a importância do envolvimento de toda equipe multiprofissional na elaboração do PTS, uma vez que há diversos aspectos desse sujeito que precisam ser analisados, dentro da sua integralidade, fazendo assim o melhor diagnóstico biopsicossocial.

A Entrevista Motivacional

No âmbito do trabalho do assistente social, as abordagens individuais, familiares ou em grupos, devem ter como finalidade auxiliar os sujeitos a acessar serviços/programas que possam garantir os direitos e construir uma cadeia de proteção na qual se possa apoiar em suas demandas sociais. Difere-se muito do trabalho do psicólogo e é necessário tomar o cuidado para não invadir atribuições próprias desse profissional. Em suma, o trabalho do assistente social não deve se orientar pelo atendimento psicoterapêutico. Por isso, é importante se apropriar de uma forma de intervenção que pode ser utilizada por qualquer profissional da área da saúde, a Entrevista Motivacional (EM).

A EM, como destacam Figlie e Guimarães (2014), não é uma técnica interventiva, mas um estilo de conversa que busca motivar o indivíduo ao comprometimento com a mudança. Essa conversa precisa ser estruturada visando engajamento, foco, evocação e planejamento. A meta principal é resolver a ambivalência, característica muito presente nos dependentes químicos, quando oscilam entre reconhecer e negar o problema e reconhecê-lo, por vezes, com a mesma intensidade.

Os autores apontam basicamente para quatro elementos que compõem a estrutura dessa conversa: 1) Parceria: Importante ressaltar que nesse processo o paciente é sujeito ativo, não se constroem análises e perspectivas sem que ele faça parte. Embora o profissional seja especialista em determinada área do conhecimento, o usuário é o maior especialista em sua própria vida; 2) Aceitação: consiste em reconhecer a autonomia do sujeito, uma empatia que reconhece o problema, mas respeita sua visão e busca realizar o reforço positivo nas falas de mudanças e nas posturas apresentadas em direção ao cuidado de sua saúde; 3) Compaixão: Nesse ponto, destacamos a

necessidade de o profissional desenvolver vínculo e se importar com a pessoa, não com sua doença.

Em suma, a EM diz respeito a uma conversa na qual o paciente é sujeito ativo, buscando fazer com que ele se ouça no processo de reflexão e assuma suas falas, dessa forma, ele passa não somente a avançar etapas no processo de mudança, mas a reconhecer-se dentro dele. Figlie e Sales (2019) apresentam um método para nortear a entrevista, consiste em: perguntas abertas; afirmação – reforço positivo; reflexão; resumir e oferecer mais informações. Embora se trate de uma conversa, o profissional deve estar munido de um roteiro básico, afinal, deve levar em consideração que o objetivo principal é ajudar o paciente a desatar os nós da ambivalência.

Os estágios de prontidão de mudança

Como já mencionado anteriormente, o processo de mudança é singular, cada sujeito tem suas particularidades. Além disso, é possível considerar que há “estágios de prontidão de mudança”, conceito no qual identificamos fases da dependência química e conseqüentemente, formas distintas de atuar em cada etapa. De acordo com De Micheli, Formigoni e Carneiro (2018), ao abordarem a EM, observam que a motivação tem estágios que variam de tempos em tempos e indicam a disposição para mudança. Identificar o estágio em que se encontra o paciente é fundamental para avaliar até onde ele está disposto a se comprometer em seu planejamento. Dessa forma, cada estágio de prontidão de mudança corresponde a um conjunto de ações específicas que podem ser adotadas.

Conforme os autores *ibidem* (2018), classificamos cinco estágios de mudança: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção. Além de observar que entre eles, está a possibilidade de recaída. Avaliemos a seguir cada etapa especificamente.

O estágio de pré-contemplação é aquele em que o dependente químico não se reconhece como tal, não há crítica formada e tampouco identifica que há um problema. Nessa etapa é importante apontar para alguns aspectos que configuram a dependência química, fazendo o sujeito identificar se há similaridade com a situação em que se encontra. Na contemplação, já há alguma crítica, mas o paciente encontra-se ambivalente. A auto avaliação é pesada no que os autores denominam como “balança da decisão”, mas o dependente químico ainda entende que os ganhos são maiores (ou pesam mais) que suas perdas. Nessa etapa o profissional pode encorajar o paciente a

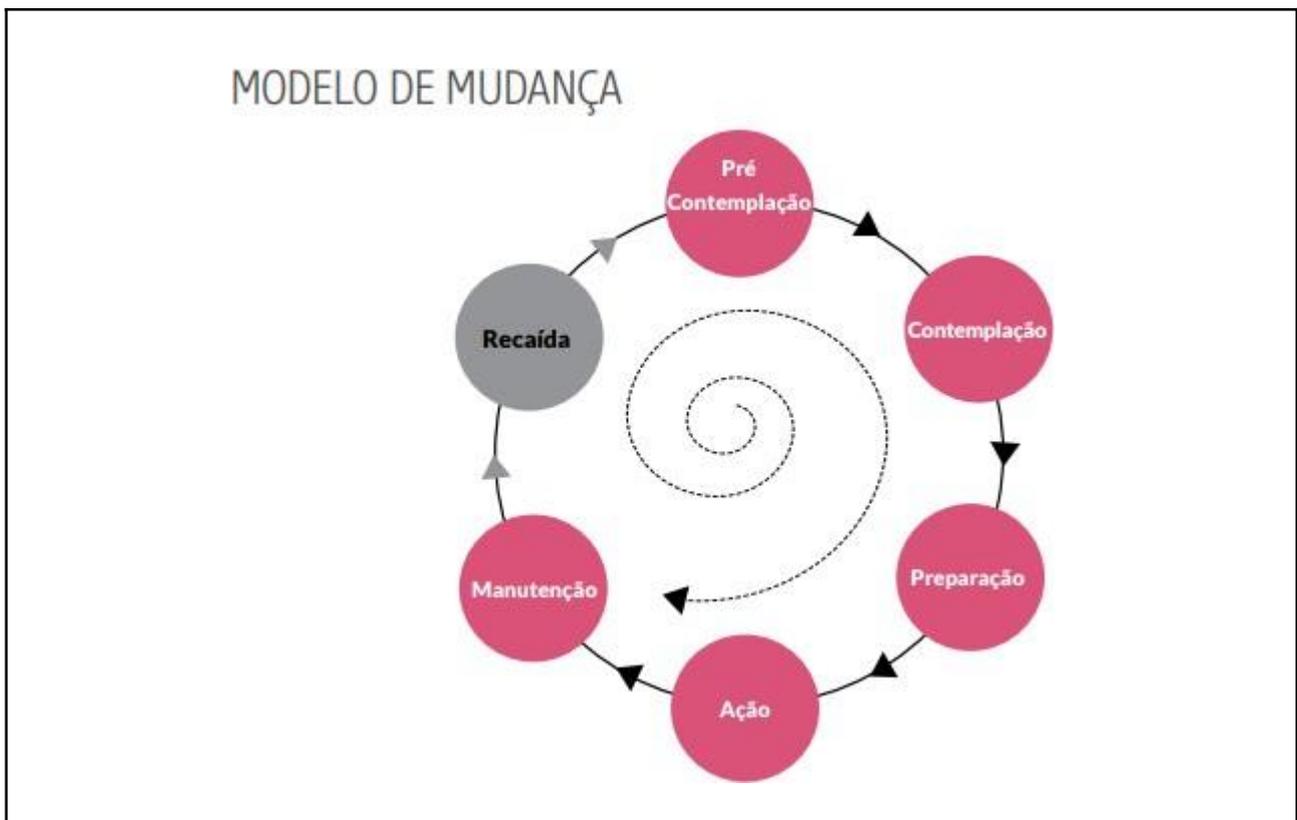
diminuir o consumo e principalmente, fazer uma lista com os prós e contras para facilitar sua própria percepção da doença.

A fase de preparação é aquela em que o paciente já amadureceu a crítica e reconhece o uso abusivo de drogas como fonte de problemas. Nessa etapa é preciso auxiliá-lo a traçar estratégias, construir junto dele um plano para a mudança de comportamento. É importante estabelecer claramente os fatores de risco e de proteção. O estágio da ação é o momento em que o paciente passa a executar o plano de mudança de comportamento. Parte significativa do trabalho do profissional de saúde nessa fase está relacionado ao papel motivador, o encorajamento.

Diante do estágio de manutenção, quando o sujeito está buscando manter a mudança obtida, é preciso valorizar e elogiar cada avanço que ele conquista nesse processo.

No quadro 2 é possível observar os estágios de prontidão de mudança.

Quadro 2 – Modelo de Mudança.³



Como se vê, a recaída também é um elemento a ser levado em consideração. Geralmente, quando recai, o dependente químico retorna para estágios anteriores. Esse

³ Fonte: De Micheli, Formigoni e Carneiro (2018, p. 26).

modelo em espiral demonstra os estágios na sua ordem crescente, mas é preciso considerar que diante da recaída, o avanço de uma etapa para a outra pode ser acelerado, uma vez que o paciente obteve um acúmulo de conhecimento acerca da doença e de sua própria condição. Dessa forma, o assistente social também contribui esclarecendo o fluxo que o paciente deve seguir caso haja a recaída: quais serviços deve procurar, quais profissionais/ serviços/ programas dispõe, identifica com o usuário a rede de proteção e de apoio para retomar o processo de mudança.

Revisando os aspectos fundamentais de atuação do assistente social na construção do PTS, seguindo o modelo de conversa de intervenção breve com a EM, realizando o levantamento dos fatores de risco e proteção e a identificação do estágio de prontidão de mudança, não somente o profissional em questão, mas a equipe multiprofissional constrói com o usuário perspectivas reais, não ilusórias, pois respeita a autonomia do paciente e suas possibilidades de dar os passos necessários no processo de mudança. O processo é dinâmico, tendo em vista que se trata de uma doença que não tem cura, mas pode ser controlada.

Importante ressaltar que não somente com o paciente, mas a construção de um projeto individualizado deve levar em consideração a família, pois, ao tornar-se codependente, muitas vezes também estão adoecidas. É preciso considerar que os familiares também se tornam alvos da intervenção psicossocial. Devem ser fortalecidos para configurar uma rede que contribua para os fatores de proteção e não de risco.

Por fim, o PTS, como instrumento construído durante a internação, deve considerar que esse período é um recorte muito específico na vida do paciente. Levando em consideração o princípio da política de saúde mental, que prioriza o atendimento ambulatorial, a internação, com a consequente privação de liberdade, deve ser entendida como um breve período, tendo a necessidade de comunicar-se com os serviços externos para identificar/fortalecer a rede de proteção com a qual o paciente pode contar. Sendo assim, o projeto individualizado deve ser avaliado em reunião de estudo de caso com a rede do município de origem e ao fim, gerar encaminhamentos que levem em consideração as possibilidades que os serviços daquele território possam ofertar.

FUNDAMENTOS DA INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL

A reflexão sobre o trabalho do assistente social precisa estar intimamente vinculada ao projeto ético-político, pois este que confere os fundamentos do fazer

profissional. As diretrizes curriculares do Serviço Social estabelece três dimensões da intervenção: teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa (ABEPSS, 1966).

A primeira dimensão se refere à capacidade de apreensão do método e das teorias e sua relação com a prática, na ação profissional. A segunda se relaciona aos objetivos e finalidades das ações do assistente social e os princípios e valores humano-genéricos que os guiam. Já a terceira faz alusão à capacidade de o profissional articular meios e instrumentos para materializar os objetivos, com base nos valores concebidos.(PEREIRA, 2015, p.5).

A falsa dicotomia entre teoria e prática é fruto da ausência de compreensão das dimensões supracitadas. Guerra (2012) afirma a importância de conceber as três dimensões como unidade, para não cair no equívoco de realizar um trabalho vazio de historicidade e compreensão sociopolítica. Todas as ações elencadas até aqui neste artigo, devem estar fundamentadas teoricamente e carregadas dos valores que norteiam o projeto coletivo construído por essa categoria profissional.

Os princípios fundamentais do Código de Ética do assistente social conferem o caráter de garantir direitos ao profissional. Em relação a objeto deste artigo, a construção do PTS para paciente internado para desintoxicação, destacamos três princípios a serem observados: o reconhecimento da liberdade, a defesa dos direitos humanos em detrimento de uma prática autoritária e o exercício profissional sem discriminação (BRASIL, 2012). Esses pontos devem estar articulados com os princípios do SUS contidos na Lei 8080/90, dos quais, destacamos três que são fundamentais serem observados na construção do PTS: A universalidade de acesso, no que diz respeito à construção de uma rede de proteção da qual o paciente possa contar, com serviços acessíveis que atendam suas demandas de saúde e assistenciais; A integralidade de assistência, que articula as ações e serviços a serviço dos usuários; A preservação da autonomia, que confere ao indivíduo atendido o direito em participar ativamente nas decisões sobre a própria saúde.

Os princípios éticos do assistente social e os princípios do SUS devem estar articulados para garantir que não se reproduzam práticas manicomialis. O paciente internado involuntariamente, está desprovido da liberdade física, evidente que isso se dá num processo em que se considera que não há condições de tomadas de decisão por conta própria, nesse caso, como já mencionamos, preserva-se a vida. Durante o processo de desintoxicação, é fundamental que o assistente social atue, como parte da equipe multiprofissional, no sentido de garantir a liberdade e autonomia do paciente nos passos

que virão. Passado o momento em que se fortaleceu o quadro de saúde, é preciso restabelecer a autonomia do sujeito lhe garantido o direito de construir o projeto de sua vida para seguir o tratamento com dignidade. O trabalho deve ser realizado não apenas para o paciente, mas com o paciente.

Destarte, os profissionais que trabalham em uma unidade de desintoxicação, não podem ceder à tentação manicomial. Manter as conquistas e a nova direção da política de saúde mental pós-Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária, deve pautar-se por princípios e por uma ética libertadora, que considere o paciente um cidadão, sujeito livre e autônomo, com direito sobre a própria vida, com direito a informação e respeito aos direitos humanos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Seguindo os princípios do SUS, o usuário da política de saúde é entendido como sujeito de direitos. Dessa forma, os assistentes sociais se constituem num garantidor de direitos e articulador das diversas políticas, uma vez que a questão das drogas se apresenta como fenômeno complexo, que requer a transversalidade das políticas públicas. Ao mesmo tempo que se apresenta como questão de saúde pública, também apresenta suas demandas sociais.

Quando apresentou a série de cadernos “Assistente Social no combate ao preconceito”, o CFESS (2016) elaborou um exemplar exclusivo sobre “o estigma do uso de drogas”. Como orientação aos profissionais, o conselho combate a perspectiva de marginalização e criminalização do usuário de drogas, apontando para o fato de que a dependência química não anula a condição de sujeito de direitos. No âmbito do atendimento profissional, não se faz distinção se trata de drogas lícitas ou ilícitas, é preciso atender as demandas com fins a promover a atenção à saúde e as necessidades sociais desses usuários.

O tratamento da dependência química, inserida no contexto dos transtornos mentais, se constrói sob a perspectiva da Reforma Sanitária, dessa forma, na internação em hospital geral deve haver constante avaliação no sentido de não retomar o modelo manicomial que essa nova orientação se propõe a superar. A internação deve ser de curta duração e ter como finalidade a ressocialização do paciente. Nesse sentido, o assistente social contribui organizando a rede de atenção dos municípios, construindo com os

usuários as perspectivas para a sequência do tratamento na modalidade ambulatorial, auxiliando em estratégias que fortalecem os fatores de proteção em detrimento dos fatores de risco.

Seguindo os princípios do SUS, o usuário da política de saúde é entendido como sujeito de direitos. Nesse contexto o assistente social é chamado a contribuir nas equipes multiprofissionais com análise crítica, buscando superar e combater as perspectivas moralizantes e manicomiais.

A partir da nova perspectiva estabelecida pela Reforma Psiquiátrica e com os novos paradigmas elencados no SUS para a área de saúde mental, a Lei 10216/01 passou a exigir que independente da modalidade de tratamento, os profissionais da saúde devem construir um projeto individualizado com o usuário. Sendo assim, a Unidade de Desintoxicação do HUOP elegeu o PTS como instrumento para efetivar esse direito. Os profissionais da equipe multiprofissional constroem com o PTS com o paciente, articulando os saberes profissionais com aquelas informações/demandas trazidas pelo próprio usuário. Dessa forma, elaboram um plano de ação real e não ilusório, na qual aquele indivíduo está apto e comprometido, respeitando a autoavaliação, o estágio de mudança, em resumo, a sua autonomia.

REFERÊNCIAS

ABEPSS. **Lei de Diretrizes Curriculares**. Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social. Com base no Currículo Mínimo aprovado em Assembléia Geral Extraordinária de 8 de novembro de 1996. Rio de Janeiro, novembro de 1996.

BORGES, Claudia Daiana; OMORE, Carmen Leontina Ojeda Ocampo; KRENKEL, Scheila e SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. Família, redes sociais e o uso de drogas: tensionamento entre o risco e a proteção. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais** [online] vol.12, n.2, pp. 405-421. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082017000200012. Acesso em: 22 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 148**, de 31 de janeiro de 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html. Acesso em: 22 jun. 2023.

_____. **Lei nº 8.080**, de 19 de novembro 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. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 22 jun. 2023.

_____. **Lei nº 8.662**, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8662.htm. Acesso em: 22 jun. 2023.

_____. **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; define crimes e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm. Acesso em: 22 jun. 2023.

_____. **Lei nº 12.216**, 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. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 22 jun. 2023.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **Código de Ética do/a Assistente Social**. Aprovado em 13 de março de 1993 com as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS nº 290/94, 293/94, 333/96 e 594/11. Brasília: CFESS, 1993. Disponível em: http://www.cress-es.org.br/wp-content/uploads/2019/06/CARTILHA-CRESS_2a-edicao-2019_web.pdf. Acesso em: 22 jun. 2023.

_____. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/Cartilha_CFESS_Final_Grafica.pdf. Acesso em: 22 jun. 2023.

_____. **O estigma do uso de drogas.** Série: Assistente social no combate ao preconceito. Caderno 2. Brasília, DF. 2016. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/CFESS-Caderno02-OEstigmaDrogas-Site.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2023.

CONTARATO, Priscilla Caran. **Gestão do trabalho em saúde.** Brasília, DF: PNAP; Recife: UPE / NEAD, 2021.

DE MICHELI, Denise; FORMIGONI, Maria Lucia Oliveira de; CARNEIRO, Ana Paula Leal. Como motivar usuários de risco. In: FORMIGONI, Maria Lucia Oliveira de Souza; DUARTE, Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte (Org). **Módulo 4 [recurso eletrônico]: Intervenção Breve.** Coleção SUPERA, 1ª. ed. São Paulo, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Universidade Virtual do Estado de São Paulo (UNIVESP), Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD); 2018. v.5 SUPERA EAD [13a turma] pags 23-39.

FIGLIE, Neliana Buzi; GUIMARÃES, Livia Pires. **A Entrevista Motivacional: conversas sobre mudança.** Boletim - Academia Paulista de Psicologia. [online]. 2014, vol.34, n.87, pp. 472-489. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2014000200011. Acesso em: 22 jun. 2023.

FIGLIE, Neliana Buzi; SALES, Cristiane. In: DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, R. Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 247-257.

IAMAMOTO, Marilda. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** São Paulo: Cortez, 2007.

LUZ, Claudia; SILVA, Edna Regina de Abreu; CARNEIRO, Eglene Fabiana de Souza; PALOMBINO, Vânia Soares. **O serviço social diante da restrição de liberdade na internação compulsória do dependente químico.** Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social de Presidente Prudente, Centro Universitário Antônio Eufrásio de Toledo. Presidente Prudente, SP. 2014.

NOVAES, Priscila Simara. O tratamento da dependência química e o ordenamento jurídico brasileiro. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental.** vol. 17, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/qB7VP9CN7LZ4948W9NRpW4D/?lang=pt>. Acesso em: 22 jun. 2023.

PECHANSK, Flavio; DIEMEN, Lisia Von; DE MICHELLI, Denise; FERRI, Cleusa Pinheiro; DE PAULA, Tassiane Cristine Santos. Fatores de risco e proteção em diferentes grupos de usuários: adolescentes, idosos, mulheres e indígenas. In: FORMIGONI, Mara Lucia Oliveira de Souza; DUARTE, Paulina do Carmo Arruda Vieira. **Módulo 1: o uso de substâncias psicoativas no Brasil.** 1ª edição. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Universidade Virtual do Estado de São Paulo (UNIVESP), Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD), 2018. P. 49-80.

PEREIRA, Sofia Laurentino Barbosa. As dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa: particularidades e unidade. In: I CONGRESSO INTERNACIONAL DE

POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL: DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS, 2015, Londrina. **Anais...** Local de publicação: Editora, ano. p. Inicial-final.

PINTO, Diego Muniz; JORGE, Maria Salete Bessa; PINTO, Antonio Germane Alves; VASCONCELOS, Cinthia Mendonça Cavalcante; FLORES, Ana Zaiz Teixeira; ANDRADE, Aristides Saboia de. **Projeto Terapêutico Singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva.** 2011. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/tce/a/8HVkGwqgWKYZSzH8xdpxcqH/>. Acesso em: 22 jun. 2023.

ROCHA, Elisiane do Nascimento; LUCENA, Amália de Fátima. Projeto Terapêutico Singular e Processo de Enfermagem em uma perspectiva de cuidado interdisciplinar. **Nome da Revista**, local, v. , n. , p. inicial-final, mês ano.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico.** 23ª edição. São Paulo: Cortez, 2007.

ANEXOS

**ANEXO A – PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR DA UNIDADE DE
DESINTOXICAÇÃO DE DROGAS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES DO HUOP**

**INSTRUMENTO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS) –
ALA DESINTOXICAÇÃO QUÍMICA HUOP**

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA CONSTRUÇÃO DO PTS:

I - IDENTIFICAÇÃO DE TRABALHO – HOSPITALAR:

1. Nome do paciente:

2. Data de nascimento:

3. Idade:

4. Data de admissão:

5. Data da elaboração do PTS:

6. Data da reunião de rede:

7. Reunião de rede realizada em:

8. Diagnóstico/Comorbidades:

9. Estágio de prontidão de mudança:

Pré-Contemplação;

Contemplação;

Preparação;

Ação;

Manutenção;

OBS: _____

10. Medicações em uso:

11. Acompanhamento por outros serviços:

12. Histórico familiar (situações psiquiátricas):

13. Antecedentes criminais (atos infracionais):

14. Histórico social (vivência de rua / exploração sexual / acolhimento / afins):

15. Antecedentes psiquiátricos:

16. Genograma e Ecomapa:

17. Problemas identificados (ordenar por prioridade):

17.1 Fatores protetores:

18. Metas (ordenar por prioridade):

III – PROJETO DE ALTA HOSPITALAR E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

(com paciente):

19. Plano terapêutico – pós alta:

atendimento individual

atendimento grupal

atividade física

oficina terapêutica, qual(is): _____

práticas integrativas complementares, qual (is): _____

adesão escolar: _____

outros _____

24. Planejamento semanal – hospitalar e ambulatorial:

08:00 – Acordar e banho

09:00 – Aferir os sinais vitais, medicação, café da manhã, higiene oral

09:40 – Oficina terapêutica – técnica de relaxamento

10:40 – Oficina terapêutica – orientação sobre saúde, artesanato

11:30 às 12:30 – Medicação, almoço, higiene oral

12:40 às 14:00 – Descanso.

14:00 – Aulas com o SAREH – Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar (de segunda a sexta-feira). Sábado e domingo – oficinas terapêuticas - orientação sobre saúde, artesanato, atividades lúdicas, filmes, pingue-pongue, vôlei, futebol, pebolim.

15:30 - Aferir os sinais vitais, medicação, lanche, higiene oral.

16:00 – Oficinas terapêuticas, orientação sobre saúde, artesanato, atividades lúdicas, filmes, pingue-pongue, vôlei, futebol, pebolim.

17:00 – Banho e descanso

18:00 – Janta e higiene oral

19:00 – Oficinas terapêuticas – artesanato, oficina de beleza

20:30 - Aferir os sinais vitais, medicação, ceia, higiene oral

22:00 – Descanso

Além dessas atividades, durante o dia são realizados:

- Consulta psiquiátrica com o médico
- Atendimento individual com o enfermeiro
- Atendimento individual com o psicólogo
- Atendimento individual com o assistente social
- Passeios externos (cinema e zoológico)

25. Colaboradores – pessoas de referência para o plano terapêutico:

() Familiares (x) Usuário (x) Médico (x) Enfermeiro (x) Psicólogo (x) Assistente Social (x) Técnico de Enfermagem () Outros membros, quem: _____

26. Avaliação na alta hospitalar/encaminhamentos para a rede:

**IV - ASSINATURAS DE CONCORDÂNCIA COM O PLANO TERAPÊUTICO
SINGULAR:**

Paciente _____

Familiar ou responsável _____

Profissional _____

Cascavel,

***Adaptado de Laurito, J. A. S., Nascimento, V. F., & Lemes, A. G. (2018). Proposta de instrumento para projeto terapêutico singular em saúde mental. *Cadernos UniFOA*, 13(37), 115-122.**