

PUCRS

ESCOLA DE HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL - PPGSS
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

RAQUEL OLIVEIRA HERTZOG

**O TRABALHO DO (A) ASSISTENTE SOCIAL NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
ÁLCOOL E DROGAS – CAPS AD: UM ESTUDO DE REVISÃO SISTEMÁTICA**

Porto Alegre
2021

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul

RAQUEL OLIVEIRA HERTZOG

**O TRABALHO DO (A) ASSISTENTE SOCIAL NOS CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS – CAPS AD: UM ESTUDO DE REVISÃO
SISTEMÁTICA**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Escola de Humanidades da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS.

Orientadora: Prof. Dra. Patrícia Krieger Grossi

Porto Alegre
2021

Ficha Catalográfica

H576t Hertzog, Raquel Oliveira

O Trabalho do (a) Assistente Social nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD : Um Estudo de Revisão Sistemática / Raquel Oliveira Hertzog. – 2021.

163.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, PUCRS.

Orientadora: Profa. Dra. Patrícia Krieger Grossi.

1. Drogas. 2. trabalho profissional. 3. Serviço Social. 4. CAPS AD.
I. Grossi, Patrícia Krieger. II. Título.

RAQUEL OLIVEIRA HERTZOG

**O TRABALHO DO (A) ASSISTENTE SOCIAL NOS CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS – CAPS AD: UM ESTUDO DE REVISÃO
SISTEMÁTICA**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Escola de Humanidades da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS.

Banca Examinadora

Prof. Dra. Patrícia Krieger Grossi - PPGSS/PUCRS

Orientadora

Prof. Dra. Maria Isabel Barros Bellini - PPGSS/PUCRS

Prof. Dr. Giovane Antônio Scherer - Instituto de Psicologia - Curso de Serviço Social/
UFRGS

AGRADECIMENTOS

Agradeço a oportunidade de poder ter acessado à PUCRS e o Programa de Pós-Graduação do Serviço Social, na qual, a qualidade de ensino me acompanha desde a graduação. Sinto-me privilegiada de ter participado como discente desta instituição e ter a presença de professores tão competentes no meu processo de formação. Agradeço também a Andrea Kuttner pela atenção e empenho concedidos.

A minha orientadora professora Dra. Patrícia Krieger Grossi, que me acompanhou nesse momento tão importante. Obrigada pelas trocas diárias, sensibilidade e compromisso com a profissão. És referência para mim.

À professora Dra. Maria Isabel Barros Bellini e ao professor Dr. Giovane Antônio Scherer por aceitarem prontamente a participação da banca e pelos ensinamentos ao longo da formação.

A minha filha Helena, que me acompanhou em todo o processo de formação, na gestação e também agora já com oito meses de vida. Minha estrelinha.

Ao meu companheiro Bruno, pelas trocas e incentivo diário nos dias difíceis, pelo cuidado e afeto comigo e com a nossa filha, sem você esse dia jamais chegaria. Amo-te!

A minha mãe Maísa e minha avó Clotilde pelo cuidado com a minha família e a possibilidade de poder terminar o mestrado, abrindo os braços e espaço em suas casas para que esse processo final pudesse acontecer. Eu amo vocês!

A minha irmã Bárbara e ao meu pai Lauro pelas palavras de apoio sempre. Eu amo vocês!

Ao meu tio Sérgio pelo carinho, sensibilidade e apoio na revisão do português e na busca do conhecimento. És exemplo para mim!

Aos meus amigos e familiares que trazem leveza e incentivo para o término de mais uma etapa. Muito obrigada!

À Talissa Barcelos pela revisão das normas da ABNT finalizando um processo tão importante.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal Nível Superior (CAPES) – Código de Financiamento 001 – This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Finance Code 001.

A VIDA É LOKA

*“Esses dias tinha um moleque na quebrada
com uma arma de quase 400 páginas na mão.
Um as minas cheirando prosa, uns acendendo
poesia.*

*Um cara sem nike no pé indo para o trampo
com o zóio vermelho de tanto ler no ônibus.*

*Uns tiozinho e umas tiazinha no sarau
enchendo a cara de poemas. Depois saíram
vomitando versos na calçada.*

*O tráfico de informação não para, uns estão
saindo algemado aos diplomas depois de
experimentarem umas pílulas de sabedoria.*

As famílias, coniventes, estão em êxtase.

*Esses vidas mansas estão esvaziando as cadeias e
desempregando os Datenas. A Vida não é mesmo loka?”*

Sergio Vaz

RESUMO

Historicamente, o uso abusivo e/ou dependência de álcool e drogas vinha sendo abordado por uma visão biomédica e através das políticas de segurança pública, segundo as quais implicações sociais, psicológicas, econômicas etc. não eram relevantes para o cuidado em saúde das pessoas. Com o advento das disputas entre a luta antimanicomial da Reforma Psiquiátrica e lógicas conservadoras, o modelo hospitalocêntrico e dos antigos manicômios foi sendo modificado. Esse padrão de cuidado em saúde mental, a partir das manifestações de resistência de 1970, transformou-se no Movimento da Reforma Psiquiátrica, processo político que, através de variados campos de luta, passa a denunciar a violência dos manicômios, a mercantilização da loucura, a hegemonia de uma rede privada de assistência, e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais, tendo como resposta os serviços substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossocial, que se orientam pelo cuidado em liberdade. Com a Portaria nº 3.088, de dezembro de 2011, o CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas passa a ser um dos pontos de atenção à saúde no cuidado de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e drogas. Nesses centros, assistentes sociais têm como direção o entendimento do movimento do real, das contradições e possibilidades da sociedade contemporânea, na busca pela autonomia e garantia de direitos dos sujeitos. Esta dissertação objetivou analisar o trabalho de assistentes sociais nos CAPS AD por meio de um estudo de revisão sistemática. A coleta de dados ocorreu com pesquisa no Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Entre os critérios de inclusão estão teses e dissertações brasileiras dos programas de pós-graduação do serviço social, no período de 2003 a 2019, que tratam do trabalho de assistentes sociais nos CAPS AD. O corpus de análise foi constituído por sete produções acadêmicas: seis dissertações de mestrado e uma tese de doutorado. A análise dos dados foi realizada a partir de metassíntese qualitativa, optando-se por analisar os dados empíricos das entrevistas com assistentes sociais presentes nas dissertações e na tese. O problema de pesquisa foi: “Como está sendo desenvolvido o trabalho de assistentes sociais nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas a partir das produções acadêmicas no âmbito dos programas de pós-graduação em serviço social?”. Os objetivos deste estudo foram: apontar desafios e potencialidades no trabalho de assistentes sociais desenvolvido no CAPS AD a partir das entrevistas das produções acadêmicas analisadas; identificar elementos da análise de conjuntura que se destacam nas entrevistas das produções acadêmicas estudadas, referentes ao trabalho de assistentes sociais; e verificar nas entrevistas das produções acadêmicas se o trabalho de assistentes sociais no CAPS AD apresenta articulação com o projeto ético-político da profissão. Os resultados evidenciaram a invisibilidade das categorias gênero, raça e geração. Outra questão importante que foi observada nos trabalhos que compuseram o corpus foi a violência estrutural, identificada nas múltiplas expressões da questão social descritas nas entrevistas. Concluiu-se que assistentes sociais desenvolvem o trabalho nos CAPS AD com uma perspectiva alinhada ao projeto ético-político da profissão na maior parte dos relatos. Porém, no discurso ainda aparecem alguns aspectos relacionados ao proibicionismo, à homogeneização dos saberes psi, e à necessidade de aprofundamento das relações de gênero e identidade de gênero pelos profissionais para a construção de práticas

mais equitativas e inclusivas no âmbito do trabalho profissional de assistentes sociais nos CAPS AD.

Palavras-chave: Drogas. Trabalho profissional. Serviço social. CAPS AD.

ABSTRACT

Regarding history, the abusive use and/or dependence on alcohol and drugs had been approached from a biomedical point of view and through public security policies, in which other issues such as social, psychological, economic implications, etc. were not relevant in people's health care. With the disputes between emancipatory struggles of Psychiatric Reform and conservative logics, the hospital-centered model and the old asylums were being modified. This pattern of mental health care, from the 1970's manifestations of resistance, became the Psychiatric Reform Movement, a political process that, through various fields of struggle, begins to denounce the violence of asylums, the commodification of madness, the hegemony of a private assistance network and to collectively build a critique of the so-called psychiatric knowledge and the hospital-centered care model for people with mental disorders, with the response of substitute services, such as Psychosocial Care Centers, which are guided by care in freedom. With Ordinance No. 3,088, of 2011, CAPS AD – Center for Psychosocial Care for Alcohol and Drugs, becomes one of the points of health care in the care of people with alcohol and drug abuse, where social workers have as direction, the understanding of the movement of the real, of the contradictions and possibilities of contemporary society, in the search for the autonomy and guarantee of the rights of the subjects. The present dissertation has the objective to analyse the labour of social workers in the CAPS AD, through a systematic review study. Data collection occurred by searching the Catalog of Theses and Dissertations of the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel. Among the inclusion criteria are Brazilian theses and dissertations, from the graduate programs of social work, from 2003 to 2019, which researched the work of the social worker in the CAPS AD. The corpus of analysis consisted of seven academic productions: six master's dissertations and one doctoral thesis. Data analysis was performed based on qualitative meta-synthesis, in which it was decided to analyze the empirical data of the interviews with social workers present in the dissertations and thesis. The research problem was: "how is the work of social workers in the Centers for Psychosocial Care for Alcohol and Drugs being developed, based on academic productions within the scope of postgraduate programs in social work?" The objectives of the study were: to point out challenges and potentials in the work of social workers developed at CAPS AD based on the interviews of the academic productions analyzed; to identify elements of the conjuncture analysis that stand out in the interviews of the academic productions studied, referring to the work of social workers; and to verify in the interviews of the academic productions if the work of social workers in CAPS AD presents articulation with the ethical-political project of the profession. The results obtained from the qualitative meta-synthesis of the works, showed the invisibility of the categories gender, race and generation. Another important issue observed in the corpus was the structural violence, which was identified through the multiple expressions of the social issue described in the interviews. It was concluded that the social workers develop their work in the CAPS AD with a perspective aligned with the Political Ethical Project of the Profession in most of the reports. However, in the discourse there are still some aspects related to prohibitionism, the homogenization of psi knowledge, and the need for professionals to deepen gender relations and gender identity in order to build more equitable and inclusive practices within the scope of the professional work of social workers in CAPS AD.

Keywords: Drugs. Professional work. Social Work. CAPS AD.

LISTA DE SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa do Serviço Social
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANTRA	Associação Nacional de Travestis e Transexuais do Brasil
BPA/I	Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado
BPA/C	Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial infantil
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal Nível Superior
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSM	Conferência Nacional em Saúde Mental
CNTSM	Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental
covid-19	Corona Vírus Disease 19
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
CTs	Comunidades Terapêuticas
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
EESCA	Equipe Especializada em Saúde da Criança e Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
FNDDH	Frente Nacional sobre Drogas e Direitos Humanos
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LBHM	Liga Brasileira de Higiene Mental
LOS	Lei Orgânica da Saúde
LGBTQTIA+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros ou Transexuais, Queer, Intersexo, Assexuais e outros
MLA	Movimento da Luta Antimanicomial
MP	Medida Provisória
MSP	Movimento pela Saúde dos Povos

MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
NEPEVEDH	Núcleo de Estudos e Pesquisa em Violência, Ética e Direitos Humanos
NEPEVI	Núcleo de Estudos e Pesquisas em Violências Núcleo de Estudos
NHNI	Noroeste/ Navegantes/ Humaitá/ Ilhas
ONU	Organizações das Nações Unidas
PNH	Política Nacional de Humanização
PPGSS	Programa de Pós-Graduação do Serviço Social
PRIMSC	Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Coletiva pela UFRGS
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PTSs	Programa de Troca de Seringas
PUCRS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAAS	Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
RJ	Rio de Janeiro
RS	Rio Grande do Sul
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SIPESQ	Sistema de Pesquisa da PUCRS
SNDM	Serviço Nacional de Doenças Mentais
SP	São Paulo
SPA	Substâncias psicoativas
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
TF	Teoria Fundamentada

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Produção do conjunto CFESS-CRESS (2003-2019) relacionada à temática da Reforma Psiquiátrica, lutas antimanicomial e antiproibicionista.....	68
Quadro 2 – Produções Acadêmicas Seleccionadas (2003-2019).....	74

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 – Fluxograma da identificação e seleção de teses e dissertações.....27
- Figura 2 – Fluxograma do processo de codificação dos dados secundários77

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 PROCESSO METODOLÓGICO	22
2 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL E A IMPLEMENTAÇÃO DO DISPOSITIVO CAPS AD NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	30
2.1 MOVIMENTOS E AS MOBILIZAÇÕES SOCIAIS EM PROL DA REFORMA PSQUIÁTRICA E SANITÁRIA: A SAÚDE COMO UM DIREITO SOCIAL.....	37
2.2 ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO: O CAPS AD COMO MODALIDADE PRIMORDIAL NO CUIDADO ESPECIALIZADO.....	49
3 O TRABALHO E O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL	57
3.1 O TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS: RELAÇÃO COM AS LUTAS ANTIMANICOMIAL E ANTIPROIBICIONISTA.....	66
3.2 REVISÃO SISTEMÁTICA: ANÁLISES DAS ENTREVISTAS E O TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS NO CAPS AD	73
3.2.1 Trabalho do (a) assistente social	78
3.2.2 Intersetorialidade e a multidisciplinaridade	81
3.2.3 Participação social	97
3.2.4 Identidade de gênero e gênero	100
3.2.5 Redução de danos x abstinência	107
3.2.6 Família	115
3.2.7 Perfil socioeconômico dos (as) usuários (as)	123
3.2.8 Dimensão técnico-operativa do trabalho de assistentes sociais no CAPS AD	129
3.2.9 Condições de trabalho	133
3.2.10 Política de Saúde Mental e Drogas	136
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	139
REFERÊNCIAS.....	144
APÊNDICE A – Carta de Aprovação do Sistema de Pesquisa da PUCRS	160
APÊNDICE B – Roteiro de análise das dissertações e teses	161

1 INTRODUÇÃO

Para dar início a esse processo de conhecimento e aprofundamento sobre o trabalho do (a) assistente social dentro da política de saúde mental, mais precisamente no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) torna-se importante discutir sobre a implicação da autora relacionada à temática, na qual decorreu da trajetória profissional e das dúvidas e inquietações que foram emergindo com o fazer profissional.

Esse caminho deu-se início na graduação, no ano de 2011, quando o estágio curricular foi exercido no Hospital São Lucas da PUCRS, já reconhecendo a empatia pelo campo da saúde e a importância do trabalho do (a) assistente social nesses espaços.

Após alguns anos trabalhando em outras frentes, no ano de 2016, houve o ingresso no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PRIMSC/UFRGS). A Residência Multiprofissional em Saúde é estabelecida como ensino de pós-graduação “lato sensu”, sob forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde, com carga horária de sessenta horas semanais e duração mínima de dois anos, em regime de dedicação exclusiva (BRASIL, 2014).

O programa contou com sete áreas profissionais: biologia, biomedicina, enfermagem, medicina veterinária, nutrição, saúde coletiva e serviço social. Na sua programação, o PRIMSC apresentou o cenário de práticas para os residentes localizados no município de Porto Alegre. O primeiro ano ocorreu na Unidade de Saúde da Família Santa Anita, e, posteriormente, foi possível escolher os serviços especializados, vigilância e gestão em saúde.

O campo de atuação escolhido pela residente no segundo ano do PRIMSC foi a Equipe Especializada em Saúde da Criança e Adolescente (EESCA) da região central de Porto Alegre, no estado do Rio Grande do Sul (RS), onde foi possível a integração e identificação com o trabalho e suas complexidades relacionadas ao desenvolvimento integral, saúde mental, violências, deficiências, uso de substâncias psicoativas (para faixa etária de até 14 anos), e problemas de aprendizagem de crianças e adolescentes, entre outros. Essa experiência possibilitou ampliar o conhecimento em relação à importância da política de saúde, principalmente no que

diz respeito à articulação e mobilização da rede intersetorial para o acesso da atenção em saúde integral aos usuários e o desejo em vivenciar experiências no âmbito da saúde mental.

No mesmo ano do término da residência multiprofissional, precisamente em agosto de 2018 iniciou-se o trabalho como assistente social num serviço substitutivo em saúde mental da cidade de Porto Alegre, nomeado de CAPS AD III Noroeste/Navegantes/Humaitá/Ilhas (NHNI). Nos primeiros três meses foram possibilitados conhecer e apreender o cotidiano do serviço, porém em novembro de 2018 houve o convite da participação para compor a equipe de implementação e execução das práticas de saúde do primeiro CAPS AD IV do Brasil.

Inaugurado em 29 de março de 2019, na região central de Porto Alegre/RS, onde desde então a discente trabalha como assistente social. O CAPS AD IV tem como principal característica estar inserida em territórios específicos, onde o consumo de crack, álcool e outras drogas é realizado a céu aberto, regiões nomeadas de cenas abertas de uso, propiciando acesso à saúde especializada para a população.

Diante dessa oportunidade, dentro do CAPS AD IV Centro Céu Aberto foi possível refletir e querer aprimorar o trabalho do (a) assistente social no serviço, podendo contribuir para um exercício profissional crítico e comprometido com os direitos dos cidadãos.

A mestranda desenvolveu este estudo sob orientação da Profa. Dra. Patrícia Krieger Grossi, coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisas em Violências – NEPEVI e Núcleo de Estudos e Pesquisa em Violência, Ética e Direitos Humanos – NEPEVEDH do curso de Serviço Social, da Escola de Humanidades da PUCRS, na qual segue a linha de pesquisa: Serviço Social, Direitos Humanos, Desigualdades e Resistências, porém devido ao tema abranger o trabalho do (a) assistente social, a linha de pesquisa, Serviço Social, Trabalho e Processos Sociais também foi contemplada.

O ponto de partida para a construção desse estudo deu-se pelo indeferimento da carta de anuência institucional da pesquisa anteriormente proposta, nomeada de: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas IV Centro Céu Aberto: Do processo de implementação à execução das práticas de saúde. Esse mesmo projeto havia sido aprovado pelo Sistema de Pesquisa da PUCRS (SIPESQ) no mês de outubro de 2019, contemplando todos os preceitos éticos, porém somente em novembro de 2019, foi dada a negativa da carta. Com isso iniciou-se um processo para escolha de uma

temática que pudesse agregar conhecimento e relevância para autora, população e academia.

Dessa forma, a Comissão Científica da Escola de Humanidades, através do SIPESQ, considerou que o novo projeto nomeado de: O trabalho do (a) assistente social nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD: um estudo sobre as perspectivas teóricas das produções acadêmicas no serviço social, identificado pelo nº 9771, atendeu os requisitos por ela definidos no dia 23 de janeiro de 2020.

Sendo assim, a elaboração da pesquisa se justifica pela importância do tema investigado, ou seja, o trabalho do assistente social nos CAPS AD, focando no público que faz uso de substâncias psicoativas¹ (SPA). Com isso se busca compreender essa realidade, no intuito de colaborar para a reflexão e a elaboração de propostas que possam atentar para a efetivação dos direitos sociais das pessoas com necessidades decorrentes de uso de álcool e outras drogas e suas famílias dentro dos CAPS AD.

Podemos compreender que uso abusivo e/ ou dependência de álcool e drogas vinha sendo abordado por uma visão biomédica e por meio das políticas de segurança pública, na qual outras questões como implicações sociais, psicológicas, econômicas, etc. não eram relevantes no cuidado em saúde das pessoas (BRASIL, 2003).

Com o advento das disputas entre luta antimanicomial da Reforma Psiquiátrica e lógicas conservadoras, o modelo hospitalocêntrico e dos antigos manicômios foram sendo modificados. Esse padrão de cuidado em saúde mental, a partir das manifestações de resistência de 1970, transformou-se no Movimento da Reforma Psiquiátrica, processo político que através de variados campos de luta, como o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), movimento plural formado por integrantes do Movimento Sanitário, associações de familiares, sindicalistas, entre outros, passa a denunciar a violência dos manicômios, a mercantilização da loucura, a hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais, tendo como resposta os serviços substitutivos,

¹ As substâncias psicoativas, mais comumente conhecidas como drogas psicoativas, são as que, quando utilizadas, têm a habilidade de mudar os processos de consciência, humor e pensamento individuais. As substâncias psicoativas atuam no cérebro, em mecanismos que existem normalmente para regular as funções do humor, do pensamento e da motivação (OMS, 2006).

como os Centros de Atenção Psicossocial, o qual se orienta pelo cuidado em liberdade (BRASIL, 2005a).

Com a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, o CAPS AD passa a ser um dos pontos de atenção à saúde no cuidado a pessoas com uso abusivo de álcool e drogas. Como serviço substitutivo ao modelo manicomial, de base territorial e participação comunitária, “[...] a Reforma Psiquiátrica se constitui num campo interdisciplinar onde as especialidades são essenciais para, no tensionamento de suas interfaces, reconstituir dialeticamente o objeto” (ROBAINA, 2010, p. 343-344).

Com isso, os (as) assistentes sociais que trabalham no CAPS AD têm como direção o entendimento do movimento do real, das contradições e possibilidades da sociedade contemporânea, na busca pela autonomia e garantia de direitos dos sujeitos.

Diante da exposição sobre um serviço que prevê um cuidado em saúde das pessoas que fazem uso/abuso de SPA é necessário compreender sobre a temática das substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, que, de acordo com os dados do III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas² pela População Brasileira (BRASIL, 2017a), os resultados revelam:

- 3,2% dos brasileiros usaram substâncias ilícitas nos 12 meses anteriores à pesquisa, o que equivale a 4,9 milhões de pessoas. Esse percentual é muito maior entre os homens: 5% (entre as mulheres fica em 1,5%). E também entre os jovens: 7,4% das pessoas entre 18 e 24 anos haviam consumido drogas ilegais no ano anterior à entrevista.
- A substância ilícita mais consumida no Brasil é a maconha: 7,7% dos brasileiros de 12 a 65 anos já a usaram ao menos uma vez na vida. Em segundo lugar, fica a cocaína em pó: 3,1% já consumiram a substância.
- Aproximadamente 1,4 milhão de pessoas entre 12 e 65 anos relataram ter feito uso de crack e similares alguma vez na vida, o que corresponde a 0,9% da população de pesquisa, com um diferencial pronunciado entre homens (1,4%) e mulheres (0,4%).
- Outro dado destacado pelos pesquisadores diz respeito ao uso dos analgésicos opiáceos e dos tranquilizantes benzodiazepínicos. Nos 30 dias anteriores à pesquisa eles foram consumidos de forma não prescrita, ou de modo diferente àquele recomendado pela prescrição médica, por nada menos que 0,6% e 0,4% da população brasileira, respectivamente.

² “As Drogas podem ser Lícitas e Ilícitas: Drogas lícitas são drogas com ação psicotrópicas no organismo e que são de consumo permitido por lei. Entre elas temos: Bebidas alcoólicas, tabaco, tranquilizantes, soníferos, remédios para dormir, e estimulantes (chás e café). Drogas Ilícitas são drogas cujo consumo é proibido por lei, como: maconha, cocaína, craque, LSD, plantas alucinógenas, entre outras” (DROGAS..., [20--?]).

- Grande parte dos dados considerados mais alarmantes com relação aos padrões de uso de drogas no Brasil não estão relacionados, porém às substâncias ilícitas, e sim ao álcool. Mais da metade da população brasileira de 12 a 65 anos declarou ter consumido bebida alcóolica alguma vez na vida. Cerca de 46 milhões (30,1%) informaram ter consumido pelo menos uma dose nos 30 dias anteriores. E aproximadamente 2,3 milhões de pessoas apresentaram critérios para dependência de álcool nos 12 meses anteriores à pesquisa.

Perante os números do III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas e segundo o Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: Guia AD (BRASIL, 2015c), as pessoas regularmente recorreram ao uso de SPA, seja em práticas religiosas, para aliviar o sofrimento, ou na busca do prazer. Consideram-se que as condições, as motivações e as novas formas de obtenção das SPA mudaram muito no decorrer dos anos, assumindo características próprias de acordo com cada tempo histórico e cada segmento social em que está inserida, levando a contextos de distintas vulnerabilidades como a individual, social e comunitária (BRASIL, 2015c).

As ações governamentais e políticas públicas no Brasil direcionadas a pessoas que faziam uso de SPA surgem no século XX, motivadas pelas convenções internacionais das Organizações das Nações Unidas (ONU): a Convenção Única sobre Entorpecentes, de 1961; a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas, de 1971; e a Convenção contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas, de 1988 (DROGAS..., c2021). Apresentando assim, diversas formas de abordagens, marcadas pela criminalização e exclusão dos usuários psicoativos, e intervenções repressivas, sem distinção entre uso e tráfico.

É nesse contexto que o estigma do uso de drogas se institucionaliza, principalmente quando a ação do Estado se perpetuou pela linha do proibicionismo. Segundo o Conselho Federal de Serviço Social – CFESS (2016, p.10):

A chamada “guerra às drogas” (proibicionismo) introduziu no imaginário social a ideia de que a proibição é a “melhor alternativa” para responder aos danos sociais e de saúde decorrentes do uso de psicoativos ilícitos. No entanto, a história tem demonstrado exatamente o oposto, pois o saldo do proibicionismo – que está na base de tratados e convenções internacionais e leis nacionais – é desastroso. O proibicionismo não foi capaz de eliminar a oferta e a procura por psicoativos ilegais, contribuiu para a emergência e crescimento do mercado ilícito internacional (narcotráfico) e sua direta associação com redes de corrupção, criminalidade e violência, que

aprofundam a questão social. Além disso, no Brasil, a “guerra às drogas” tem legitimado a administração armada de territórios considerados perigosos, o extermínio da juventude pobre e negra e o crescimento exorbitante do encarceramento, afetando especialmente segmentos da classe trabalhadora empobrecida.

O mercado das drogas ilícitas traz consigo um debate polêmico e possibilita pensarmos que o termo usado “combate às drogas” se refere a inúmeros interesses na ordem do capital.

O processo de industrialização e urbanização promovida pelo capitalismo estabeleceu um sistema pautado nas desigualdades sociais, onde essas circunstâncias produzidas pela relação capital-trabalho se expressaram por meio do desemprego estrutural, da flexibilização, da precarização das leis trabalhistas, do sucateamento da educação e saúde pública e principalmente da exclusão social, potencializando meios de sobrevivência considerados não aceitáveis pela sociedade.

Contudo, podemos destacar que o tráfico de drogas se constituiu como um desses meios, o qual não se pode negar é um problema e precisa ser defrontado. No discurso da “guerra às drogas” ações como políticas homicidas e truculentas se fazem presentes e na maioria das vezes ficam impunes, legitimados pelo Estado. O foco das intervenções é realizado em pontos das cidades de maior vulnerabilidade social, onde há pequenos fornecedores de drogas e isso também se pode relacionar com o aumento do encarceramento nos sistemas penitenciários do país. Já os grandes negociadores moram em áreas nobres e mobilizam recursos para lavagem de dinheiro, os quais são raramente responsabilizados pela justiça brasileira (VELOSO e ABREU, 2005).

Essa divisão de poder entre o “dono dos meios de produção e o proletário”, também foi percebida nas organizações do tráfico de drogas, e no qual, Karam (2005, p. 162) destacou:

Suprindo as limitadas oportunidades oferecidas pela economia formal, o mercado das drogas ilícitas permanece abrindo espaço para a acumulação de capital e a geração de empregos, como já ocorreu em outras etapas do desenvolvimento capitalista. Em tais condições, os empresários – grandes ou pequenos – e os empregados das empresas produtoras e distribuidoras de drogas ilícitas, quando presos ou eliminados, são facilmente substituíveis por outros igualmente desejosos de oportunidades de emprego ou de acumulação de capital, oportunidades que, por maior que seja a repressão, subsistirão enquanto presentes as circunstâncias socioeconômicas favorecedoras da demanda criadora e incentivadora do mercado.

Foi possível perceber que o mercado das drogas funciona de maneira muito próxima a do mercado formal, porém tem como agravante a intensificação da violência que mata os mais pobres, os quais sobrevivem à margem da sociedade capitalista, como expressão de uma cadeia autoritária que não leva em consideração as histórias de vida, os determinantes socioeconômicos, culturais, políticos, tampouco pode contar com um Estado mínimo no que diz respeito à garantia da cidadania. Iamamoto (2008b, p. 145) ressalva:

O alvo principal são aqueles que dispõem apenas de sua força de trabalho para sobreviver: além do segmento masculino adulto de trabalhadores urbanos e rurais, penalizam-se os velhos trabalhadores e a nova geração de filhos da classe trabalhadora, jovens, crianças, em especial, negros e mestiços.

A complexidade que permeia essa temática precisa de questionamentos que possam indagar, e, de acordo com Godoy (2017), no caso da legalização, qual legalização e qual o papel do Estado nesse processo: um Estado refém de uma economia de mercado sem nenhum tipo de controle ou regulação, ou um Estado ao qual caiba um papel importante na regulamentação e elaboração de políticas sobre drogas e políticas sociais em geral? Até porque os problemas como o crescimento do narcotráfico e da violência a ele associada, não são apenas decorrentes do proibicionismo, mas também do capitalismo como modo de organização social e econômica que torna diversos objetos, inclusive as drogas, em mercadoria.

O debate do uso de substâncias psicoativas no contexto brasileiro tem sido uma questão importante para a saúde pública, reforçando a necessidade de aprimoramento das políticas públicas que orientem o atendimento aos usuários (as) de SPA, no que se refere à Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas de 2003:

Reconhecer o consumidor, suas características e necessidades, assim como as vias de administração de drogas, exige a busca de novas estratégias de contato e de vínculo com ele e seus familiares, para que se possa desenhar e implantar múltiplos programas de prevenção, educação, tratamento e promoção adaptados às diferentes necessidades. Para que uma política de saúde seja coerente, eficaz e efetiva, deve ter em conta que as distintas estratégias são complementares e não concorrentes, e que, portanto, o retardo do consumo de drogas, a redução dos danos associada ao

consumo e a superação do consumo são elementos fundamentais para sua construção. (BRASIL, 2003, p. 8).

Esta política apresenta como direção uma linha de cunho intersetorial, considerando que uso de substâncias psicoativas supera as diversas áreas e exige a integralidade do cuidado aos usuários e seus familiares. Outra questão apontada pela política (BRASIL, 2003, p. 9):

Comprometer-se com a formulação, execução e avaliação de uma política de atenção a usuários de álcool e outras drogas exige exatamente a ruptura de uma lógica binarizante que separa e detém o problema em fronteiras rigidamente delineadas, e cujo eixo principal de entendimento (e, portanto, de “tratamento”) baseia-se na associação drogas-comportamento anti-social (álcool) ou criminoso (drogas ilícitas). Em ambos os casos, há um único objetivo a ser alcançado: a abstinência.

Diante dessa afirmação, podemos refletir que a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas dialoga com a realidade, a qual considera que o modelo proibicionista culpabiliza e criminaliza o (a) usuário (a) que faz uso/abuso de psicoativos.

Atualmente o ideário proibicionista tem se colocado presente nas normativas de saúde mental brasileiras, pois os serviços de base comunitária e territorial, como o CAPS AD, que preveem o cuidado em liberdade, têm sofrido vários ataques, do ponto de vista da diminuição do recurso público.

Esta dissertação tem o intuito de compreender o trabalho de assistentes sociais nos CAPS AD, considerando que a categoria foi inserida nesse espaço ocupacional desde o seu princípio, apresentando um campo de trabalho potente para o serviço social.

Nesse sentido, no próximo subitem, apresentaremos o processo metodológico da pesquisa, no qual se apresenta todo o seu caminho, considerando o problema de pesquisa, os objetivos geral e específicos e também o método materialista dialético histórico crítico de fundamentação marxista, pois nos possibilita analisar a realidade social através de interpretações históricas e transformações sociais.

No segundo capítulo será abordada a Política de Saúde Mental no Brasil e a implementação do CAPS AD na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a partir do período monárquico até a atualidade. Constituindo elementos importantes sobre o início da especialidade em psiquiatria, o modelo manicomial até o rompimento com

esse método de cuidado em saúde mental, o qual previa o isolamento social em massa, diante das lutas encabeçadas pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica. Serão retratados os modos como se constituíram a RAPS e as novas modalidades de atenção sob a nova Política Nacional sobre Drogas.

O terceiro capítulo consiste em fundamentar sobre o trabalho e o projeto ético-político do (a) assistente social, no qual a categoria profissional passa pelo Movimento de Reconceituação da Profissão, restabelecendo novas correntes teóricas para embasamento ético-político, teórico-metodológico e técnico-operativo da profissão. Ainda serão apontados alguns documentos do CFESS descritos com a temática da Reforma Psiquiátrica, lutas antimanicomial e antiproibicionista, a fim de compreender as orientações da categoria sobre esse tema e algumas questões sobre o trabalho do (a) assistente social no CAPS AD. Ainda no terceiro capítulo serão apresentados os resultados das análises, a partir das entrevistas feitas aos assistentes sociais que trabalham em CAPS AD, conforme critério de inclusão dessa pesquisa demonstrada nas dissertações e tese realizadas pelas autoras. As análises foram realizadas conforme os seguintes questionamentos: quais os desafios e potencialidades no trabalho dos (as) assistentes sociais desenvolvido no CAPS AD? Quais os elementos da análise de conjuntura que se destacam nas produções acadêmicas referentes ao trabalho de assistentes sociais? E existe articulação com o projeto ético-político da profissão?

O último item é dedicado às considerações finais do estudo, apresentando alguns caminhos possíveis para a reflexão e problematização a respeito do tema.

1.1 PROCESSO METODOLÓGICO

O caminho metodológico da pesquisa baseia-se em um estudo de revisão sistemática. Desse modo, alguns conceitos serão apresentados para a melhor compreensão do método utilizado no processo investigativo. Segundo Sampaio e Mancini (2007, p. 84) a revisão sistemática:

[...] assim como outros tipos de estudo de revisão, é uma forma de pesquisa que utiliza como fonte de dados a literatura sobre determinado tema. Esse tipo de investigação disponibiliza um resumo das evidências relacionadas a uma estratégia de intervenção específica, mediante a aplicação de métodos explícitos e

sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada.

Para Greenhalgh (1997 *apud* LOPES e FRACOLLI, 2008, p. 772): “A revisão bibliográfica sistemática é definida ‘como uma síntese de estudos primários que contém objetivos, materiais e métodos claramente explicitados e que foi conduzida de acordo com uma metodologia clara e reprodutível’”. Suas principais características são: fontes de busca ampliadas, seleção dos estudos primários sob critérios aplicados uniformemente e avaliação criteriosa da amostra.

O aumento da revisão sistemática como metodologia ocorreu devido às pesquisas realizadas pela Fundação Cochrane, iniciativa internacional com origem no Reino Unido, que desde 1922 prepara, mantém e dissemina revisões sistemáticas de intervenções de saúde, tornando-se a maior referência da pesquisa baseada em evidências (CASTRO et al., 2002 *apud* PINTO, 2013).

Segundo Cook, Mulrow e Raynes (1997 *apud* LOPES e FRACOLLI, 2008, p. 772):

Quando a integração de estudos primários é sintetizada, mas não combinada estatisticamente, a revisão pode ser chamada de revisão sistemática qualitativa. O tratamento estatístico dado aos resultados obtidos a partir de revisões sistemáticas é conhecido como meta-análise e vem sendo amplamente utilizado por pesquisadores, em todo o mundo.

Na construção do conhecimento, os autores que trabalham com esse método de análise de dados descrevem a metanálise e metassíntese como sinônimos. Para Bicudo (2014, p. 9):

Quando se fala de modo genérico, entende-se que é meta e análise, ou seja, uma investigação que vai além daquela ou daquelas já realizadas. No caso de pesquisas que procedem de acordo com modalidades qualitativas, as quais sempre culminam em sínteses interpretativas, possibilitadas pelas análises e interpretações dos dados primários, a meta-síntese efetua interpretação das interpretações das pesquisas elencadas como constitutivas dessa análise.

Com isso, podemos especificar que a análise de dados da pesquisa será realizada através de metassíntese qualitativa, que conforme Lopes e Fracolli (2008, p. 774) “originou-se da sociologia e pode ser definida como ‘uma modalidade de

estudo qualitativo que utiliza os dados dos achados de outros estudos qualitativos relativos ao mesmo tema, ou a temas correlacionados”.

Lopes e Fracolli (2008, p. 777) ainda explicitam que a Metassíntese qualitativa:

[...] é uma integração interpretativa de resultados qualitativos que são, em si mesmos, a síntese interpretativa de dados, incluindo fenomenologia, etnografia, teoria fundamentada nos dados, bem como outras descrições, coerentes e integradas, ou explicações de determinados fenômenos, eventos, ou de casos que são as marcas características da pesquisa qualitativa. Tais integrações vão além da soma das partes, uma vez que oferecem uma nova interpretação dos resultados. Essas interpretações não podem ser encontradas em nenhum relatório de investigação, mas são inferências derivadas de se tomar todos os artigos em uma amostra, como um todo.

Para organizar a análise dos dados, dentro da metassíntese qualitativa elegeu-se os procedimentos que compõem a teoria fundamentada (TF), por ser uma técnica constantemente utilizada em pesquisas com essa abordagem. Pinto (2013, p. 1043) destacou que a TF: “[...] é um método apropriado para a análise de múltiplas vozes originadas da literatura, isto é, análise de diversos estudos primários com diferentes perspectivas sobre o mesmo tópico”.

A TF parte de um processo que segundo Pinto (2013) inclui três etapas principais ocorridas simultaneamente para a análise dos dados: coleta dos dados, codificação e redação da teoria.

Na primeira etapa, Pinto (2013, p. 1044) orienta que “[...] a coleta e análise dos dados são processos concomitantes e devem ocorrer até a saturação teórica, ou seja, até que dados novos ou relevantes não sejam mais encontrados ou que comecem a repetir”.

Já na segunda etapa, a codificação dos dados é denominada em codificação aberta, axial e seletiva. A codificação aberta

[...] é o processo analítico pelos quais os conceitos são identificados e desenvolvidos em relação a suas propriedades e dimensões. Esse processo envolve as atividades de quebrar, examinar, comparar, conceituar e categorizar os dados que serão sumarizados em uma linha ou códigos e categorias. (STRAUSS e CORBIN, 1990 *apud* PINTO, 2013, p. 1045).

Nessa etapa o pesquisador deverá fazer perguntas que irão guiá-lo.

Na codificação axial, Pinto (2013, 1045) destacou:

[...] que aprimora e diferencia as categorias resultantes da codificação aberta. O pesquisador, dessa forma, seleciona as categorias mais relevantes e as coloca como fenômeno central para estabelecer relações entre as categorias e subcategorias. Os dados, portanto, são agrupados através das conexões entre as categorias.

Durante o processo de codificação, o pesquisador pode alterar entre codificação aberta e axial, pois as categorias devem ser constantemente verificadas pelos dados que as compõem e que podem ser reorganizadas.

Na terceira e última etapa,

[...] a codificação seletiva ou redação da teoria tem por objetivo integrar e refinar categorias em um nível mais abstrato. A tarefa é elaborar a categoria essencial, em torno da qual as outras categorias desenvolvidas passam ser agrupadas e pelas quais são integradas. (GASQUE, 2007 *apud* PINTO, 2013, p. 1045).

Diante da explanação do processo metodológico, no intuito de produzir uma pesquisa que retrata o trabalho do (a) assistente social no CAPS AD, onde se compreende a relevância do debate sobre o tema para a categoria do serviço social e também para a academia, a pesquisa desenvolvida apresentou o seguinte problema: *como está sendo desenvolvido o trabalho de assistentes sociais nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) a partir das produções acadêmicas no âmbito dos programas de pós-graduação em serviço social?*

Consequentemente, o objetivo geral da pesquisa ficou definido da seguinte forma: *analisar o trabalho de assistentes sociais desenvolvido nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) a partir das produções acadêmicas no âmbito dos programas de pós-graduação em serviço social, a fim de contribuir para qualificação do trabalho de assistentes sociais e dos serviços.*

Já os objetivos específicos foram estabelecidos conforme abaixo:

- a) Apontar desafios e potencialidades no trabalho de assistentes sociais desenvolvidos no CAPS AD, a partir das entrevistas das produções acadêmicas analisadas;
- b) Identificar elementos da análise de conjuntura que se destacam nas entrevistas das produções acadêmicas estudadas, referentes ao trabalho de assistentes sociais;

- c) Verificar nas entrevistas das produções acadêmicas se o trabalho de assistentes sociais no CAPS AD apresenta articulação com o projeto ético-político da profissão.

As produções acadêmicas (dissertações e teses) utilizadas para coleta de dados ocorreram por meio da busca no Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), onde o trabalho do (a) assistente social nos CAPS AD estivesse contemplado. Os seguintes descritores empregados foram: drogas; trabalho profissional; serviço social; CAPS AD.

O resultado da busca apresentou 197 produções acadêmicas, divididas entre dissertações de mestrado e teses de doutorado. Foi realizada a leitura de todos os títulos, conferência dos programas de pós-graduação e resumos de todas as produções. Houve a tentativa de colocar como descritores as palavras *substâncias psicoativas* e *psicoativos*, substituindo o termo drogas, porém não foi obtido resposta. Como critério de exclusão foi apresentado os seguintes tópicos:

- a) Teses e dissertações que não consideraram o trabalho do (a) assistente social nos CAPS AD;
- b) Teses e dissertações não realizadas pelos programas de pós-graduação de serviço social;
- c) Teses e dissertações relacionadas ao trabalho dos (as) assistentes sociais em CAPS AD com crianças e adolescentes e;
- d) Teses e dissertações que não correspondam ao período de 2003 a 2019;
- e) Teses e dissertações que não estavam disponíveis virtualmente, considerando a pandemia por Corona Vírus e a dificuldade de acesso a bibliotecas.

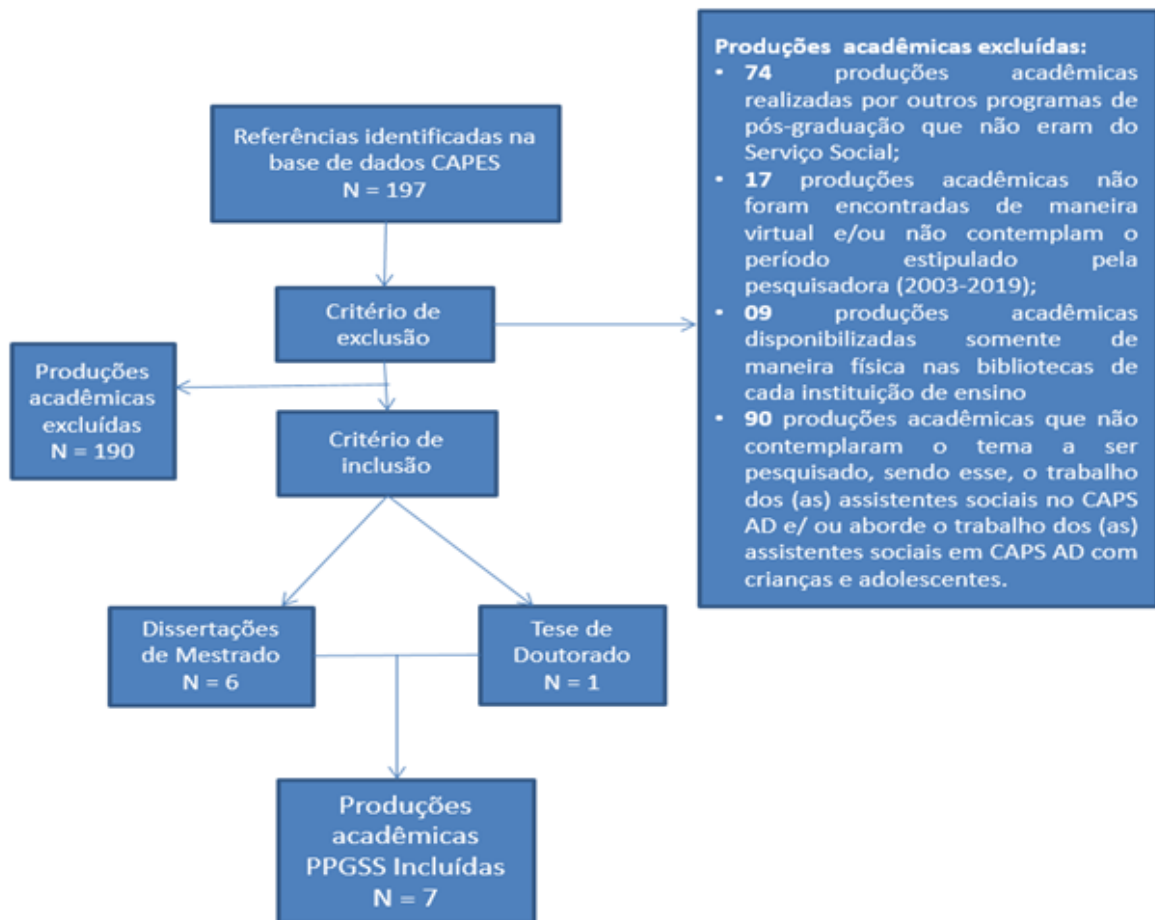
O recorte temporal foi de 2003 a 2019, devido à regulamentação da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas de 2003.

Considerando o critério de exclusão foram eliminadas:

- a) 74 produções acadêmicas realizadas por outros programas de pós-graduação que não eram do serviço social;
- b) 17 produções acadêmicas não foram encontradas de maneira virtual e/ou não contemplam o período estipulado pela pesquisadora (2003-2019);

- c) 09 produções acadêmicas não estão disponibilizadas virtualmente, mantidas somente de maneira física nas bibliotecas de cada instituição de ensino;
- d) 90 produções acadêmicas que não contemplaram o tema a ser pesquisado, sendo esse o trabalho dos (as) assistentes sociais no CAPS AD.

Figura 1 – Fluxograma da identificação e seleção de teses e dissertações



Fonte: Autora (2021).

Dentre os critérios de inclusão, constituíram-se as teses e dissertações brasileiras, dos programas de pós-graduação do serviço social, no período de 2003 a 2019, as quais pesquisaram sobre o trabalho do (a) assistente social nos CAPS AD. Com isso, sete produções acadêmicas foram selecionadas: uma tese de doutorado e seis dissertações de mestrado.

Nesse sentido, optou-se por analisar os dados empíricos das dissertações e da tese, onde o enfoque se deu nos dados secundários, sendo estas, as entrevistas de assistentes sociais realizadas pelas autoras.

Podemos refletir, segundo o critério de exclusão, que a temática das drogas, substâncias psicoativas, apresenta um grande número de produções acadêmicas, porém se tratando especificamente do trabalho do (a) assistentes sociais nos CAPS AD ainda existem poucas pesquisas realizadas pela categoria do serviço social. Nesse sentido, podemos destacar a relevância que esta pesquisa apresenta na contribuição do trabalho dos (as) assistentes sociais e também para a academia.

Já como referencial epistemológico será adotado o método dialético-crítico em Marx, no uso de suas categorias centrais: Totalidade, Contradição e historicidade.

Prates (2012, p. 117) explicita que Karl Marx apropria-se das categorias as quais emanam da realidade e volta a ela utilizando-as para explicar o movimento de constituição dos fenômenos, a partir de sucessivas aproximações e da constituição de totalizações provisórias, passíveis de superação sistemática, porque históricas. Nesse processo de apreensão, o autor considera fundamental dar visibilidade às contradições inclusivas que o permeiam e às transformações ocorridas no percurso, transformações estas que resultam de múltiplas determinações, cuja análise interconectada amplia a possibilidade de atribuir-se sentidos e explicações à realidade.

Dentre essas categorias, Lazzari (2012) entende a totalidade como a implicação de uma relação entre as partes de determinado fato ou objeto em uma relação entre si e com o todo e, concomitantemente, uma relação deste todo com suas partes. É no processo de desvendamento e superação da aparência que se pode encontrar a real essência do objeto de pesquisa.

Já para Arend (2020, p. 21)

A totalidade justifica-se enquanto o homem não busca apenas a compreensão particular do real, mas pretende uma visão que seja capaz de conectar dialeticamente um processo particular com outros processos e, enfim, coordená-lo com uma síntese explicativa cada vez mais ampla.

Na contradição Arend (2020, p. 21-22):

[...] a base de uma metodologia dialética, é o movimento. Justifica-se enquanto o homem não busca apenas o conceitual explicativo mais amplo, uma vez que reflete compreensão particular do real e pretende uma visão movimento mais originário do real. A racionalidade que seja capaz de conectar dialeticamente um processo do real que se acha no movimento contraditório em particular com outros processos e, enfim, coordena fenômenos pelo quais esses são provisórios e superáveis com uma síntese explicativa cada vez mais ampla.

Outra categoria é a historicidade, que tem na história a chave para o desvelamento dessa constituição, seja de sujeitos, fenômenos, organizações. Pela história, superada uma leitura simplesmente cronológica e centrada em imagens, é vista, portanto, a partir de fatos significativos, sendo possível verificar como os sujeitos e fenômenos se conformam, bem como em que contextos sociais, econômicos, políticos, simbólicos, sejam objetivos e subjetivos. A pesquisa que visa produção do conhecimento na área do serviço social e a construção de conhecimento científico em ciências humanas e sociais são datadas, históricas e temporais, visto que a realidade está em constante movimento e transformação. Devem, portanto, analisar o real em seu movimento contraditório, dialético e histórico e observar também a história como movimento complexo que é repleto de continuidades e rupturas (ARENDA, 2020).

2 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL E A IMPLEMENTAÇÃO DO DISPOSITIVO CAPS AD NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Este capítulo inicia-se trazendo um breve histórico da política de saúde mental brasileira para o entendimento da realidade no contexto atual diante dos avanços e retrocessos nesse campo. Após, será demonstrada a importância dos espaços de controle social, a partir dos movimentos sociais, de trabalhadores etc., para a garantia da saúde universal e integral através de uma mudança significativa na rede de atenção psicossocial do país.

Para isso, iremos retornar ao passado, a partir do período monárquico, este marcado pelo processo de colonização e escravidão no Brasil, reiterando métodos de exclusão e privação de liberdade no que diz respeito à chamada loucura e cuidado em saúde mental.

Com o advento da Família Real ao Brasil na cidade do Rio de Janeiro, no ano de 1808, houve uma transformação relevante, no que diz respeito à população, economia e política na época colonial. Esse período evidenciado pelo desenvolvimento comercial e industrial, também explicitou as catastróficas questões sanitárias, quando campanhas de limpeza tinham como objetivo disciplinar o cotidiano da população, usadas como planejamento médico com aval do Estado.

A organização do espaço urbano e a demanda dirigida à Medicina para a realização de ações higiênicas permitiram a visibilidade de uma população "marginalizada" que circulava pelas ruas da cidade. Eram pessoas que não possuíam moradia e nem hábitos considerados adequados, segundo esta perspectiva médica para a vida em sociedade que se pretendia "moderna". Nesse contexto, os loucos receberam atenção especial por parte dos médicos, já que seu comportamento representava uma ameaça a este projeto de sociedade e sua permanência pelas ruas da cidade poderia ser um perigo para os cidadãos. (BRASIL, c2014).

Segundo Engel (2001), iniciou-se uma ferrenha campanha para a construção de um hospital exclusivo para os chamados "alienados"³. Esta foi estruturada pela Academia Imperial de Medicina, orientados pela ideologia europeia dos médicos

³ "Alienação significa o ato de estar fora de si próprio, de tornar-se um outro, de perder a consciência de si e das coisas" (AMARANTE, 1996, p. 42).

Pinel⁴, Espirol⁵, entre outros, e diversas reivindicações e denúncias foram encaminhadas ao Ministro do Império sob encargo da Santa Casa de Misericórdia, na qual atendiam pessoas com sofrimento psíquico em Hospitais Gerais desde sua chegada ao Brasil.

Conforme o Decreto nº 1.077, de 4 de dezembro de 1852, Art. 1º, a primeira instituição privativa para “azylo, tratamento e curativo dos alienados de ambos os sexos de todo o Imperio, sem distincção de condição, naturalidade e religião foi o Hospício de Pedro Segundo, fundado por decreto em 18 de julho de 1841, na cidade do Rio de Janeiro”. Porém, somente no ano de 1852, houve sua inauguração, no qual a administração foi executada pela Santa Casa de Misericórdia, “[...] resultado de uma aliança entre a caridade, a religião, o saber e a experiência – representaria, em suma, uma vitória das ‘luzes e da civilização’” (ENGEL, 2001, p. 200).

A partir da década de 1840, há descobertas de registros da implementação de outros hospícios em diversos estados brasileiros, como por exemplo em São Paulo, inaugurado em 18 de setembro de 1848. Já a contar de 1860 houve a instituição de novos hospícios no Brasil, como: “Hospício da Visitação de Santa Isabel (Recife - 1864); Hospício de Belém (Salvador - 1874); Hospício da Paraíba (1875); Hospício de São Pedro (Porto Alegre - 1884) e Asilo de Alienados de São Vicente de Paula (Fortaleza - 1886)” (BRASIL, c2014).

Diante de um acolhimento segregador por parte da administração religiosa e cuidado asilar, que os hospícios apresentavam, havia uma oposição por parte dos médicos relacionada à dificuldade de tratamento e medicalização, para o qual a presença e o saber especializado não eram suficientes para dar conta das demandas das pessoas nesse período (ENGEL, 2001). Para Resende (2007, p. 36): “[...] o destino do doente mental seguirá irremediavelmente paralelo ao dos marginalizados de outra natureza: exclusão em hospitais, arremedos de prisões, reeducação por

⁴ O trabalho do médico francês Philippe Pinel (1745-1827) nos hospitais de Bicêtre e Salpêtrière, em Paris, e a publicação dos seus livros *Nosografia Filosófica* (1798) e *Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental, ou a Mania* (1801), traz como um marco, o processo histórico de nascimento da psiquiatria, em sua matriz europeia, quando ela se consolidou como especialidade médica com o nome de alienismo, a que trata de alienados e da alienação mental. O termo psiquiatria (*psychiaterie*), criado pelo alemão Johan Christian Reil (1759-1813), só se popularizou no final do século XIX (TEIXEIRA, 2019).

⁵ Étienne Esquirol desenvolveu um trabalho de continuação da obra de Pinel, como um de seus mais talentosos discípulos, e marcou sua atuação pela utilização sistemática da observação que lhe permitiu grande aprofundamento do trabalho clínico e uma delimitação precisa de quadros nosográficos da nascente psiquiatria contemporânea (PACHECO, 2003).

laborterapia, caricaturas de campos de trabalho forçado”, mesmo a categoria médica ganhando espaço dentro das instituições. Andrade e Costa-Rosa ainda destacam (2014, p. 29-30) que:

O tratamento oferecido ao alienado serviu para lhe dar um lugar à margem da sociedade, excluindo-o e destinando-o a ser o sujeito da desrazão. Ao ocupar este lugar, o louco torna-se aquele que é incapaz de trabalhar, que não se enquadra nas normas da burguesia e deve ser isolado para que receba o devido tratamento moral, sendo que nesse o trabalho tinha justamente uma função corretiva, de disciplinamento.

Essa referência de trabalho isolado como “função de tratamento dado ao louco” nos faz refletir sobre quais pessoas tinham o direito de viver e se relacionar em sociedade, e aborda também uma face desumana desse modelo terapêutico, pois, diante de ideias liberais e da instauração da abolição da escravatura, apresentou-se a liberdade como discurso e a exclusão como ação, tendo na loucura uma justificativa para dar continuidade à coisificação do ser humano, através de um laboratório vivo e trabalhos forçados, revelando uma imagem perversa das esferas de poder brasileiras.

Aguiar (2020, p. 43) explicita que:

A medicina só foi se apropriar da “doença mental” com o fim do Império, que até então possuía um caráter exclusivamente asilar. O processo de abolição da escravatura (1888) e o golpe militar que marca a virada para o Brasil República (1889), são acontecimentos que vão delineando novas correlações políticas e evidenciando o caráter das elites nacionais.

Posteriormente ao período da Proclamação da República no Brasil houve uma divisão entre a psiquiatria experimental e científica, o cuidado asilar passa por uma laicização ligada à promoção da representação da classe médica como autoridade das instituições e importante papel atribuído à assistência ao doente mental e suas questões de saúde legitimada pelo Estado (RESENDE, 2007). Fato esse que Fonte (2012, p. 3) exemplifica: “Em 1890, o Hospício Pedro II é desvinculado da Santa Casa, ficando subordinado à administração pública, passando a denominar-se Hospício Nacional de Alienados, primeira instituição pública de saúde estabelecida pela República”.

Resende (2007) entende que outro ponto importante foi à incorporação de Colônias Agrícolas aos hospícios, essa sendo mais uma oferta na rede de serviços

para os alienados, porém localizados há centenas de quilômetros das cidades, reafirmando e reproduzindo a exclusão, bem como o isolamento e que o trabalho agrícola fazia parte do tratamento, porém esse processo foi usado raramente como terapêutico.

Os pacientes transferidos do Hospício Nacional de Alienados para as Colônias eram indigentes. As Colônias tinham como finalidade tentar resolver os problemas causados pela superlotação do Hospício, além de oferecer uma forma de tratamento voltada para atividades laborais agrícolas, que caracterizavam o modelo de colônias de alienados (BRASIL, c2014).

De acordo com Engel (2001), no período pós Proclamação da República os padrões societários brasileiros tinham como modelo a Europa e não julgavam adequados alguns comportamentos e condicionamentos da sociedade. Com isso, as pessoas com reincidência nos hospícios e prisões, principalmente considerados criminosos, pessoas em condição de extrema pobreza (devido à mendicância), uso de álcool em espaço público, crianças órfãs, profissionais do sexo etc., inclusive “negros e negras após a abolição da escravatura” (AGUIAR, 2020, p. 44) foram acolhidas pelos hospitais colônias.

Uma das questões fundamentais relacionadas à escravidão, conforme Ferrugem (2018, p. 65) compreende que:

Com a abolição se iniciou um projeto de imigração europeia, o projeto social atenderia dois fins o de trabalhadores assalariados para as fazendas e o trabalho nas cidades e a expectativa por um processo de branqueamento do povo brasileiro, que teve como meta a de exterminar a população negra do Brasil em cerca de 200 anos. Ser uma nação composta por negros, índios e mestiços envergonhava a elite brasileira da época.

Esses fatos históricos, além de ressaltarem o poder religioso dentro da categoria médica e do Estado, seja através do Imperialismo ou da República, corroboraram para múltiplas violências diante da exclusão e isolamento dos ditos alienados, pois a maioria das pessoas “em tratamento” fora homens, mulheres, crianças pobres, incluindo a situação pós-abolição da escravatura, pois “[...] sem acesso a terra, ao trabalho e à reprodução social, os negros libertos em sua maioria vagavam pelas cidades” (FERRUGEM, 2018, p. 66). A todos estes indivíduos destinavam-se o trabalho forçado, experimentos medicamentosos e torturas, levando a centenas de

mortes com o discurso de cunho terapêutico, no qual “[...] o processo de institucionalização dos alienados foi marcado pela construção de uma opinião pública consensual quanto à necessidade e, sobretudo, quanto à legitimidade de sua reclusão em hospícios próprios” (ODA e DALGALARRONDO, 2005, p. 1005).

Em 1923, com a fundação da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), as práticas sanitárias e modelo manicomial brasileiro sofreram novos ajustes que influenciaram de maneira determinante o país. Mansanera e Silva (2000, p. 119) retratam que o:

[...] movimento da higiene social tomaram para si a tarefa de proteger higienicamente a coletividade, em nome da ordem, e contra a anarquia do liberalismo, dos ideais igualitários, da promiscuidade e decadência urbanas. Considerou sua atribuição a criação dos hábitos sadios, o combate às "taras sociais" e a realização das grandes aspirações sanitárias do Estado: a robustez do indivíduo e a virtude da raça. Segundo a concepção higienista, não era possível fazer uma grande nação com uma raça inferior, eivada pela mestiçagem, como eram os brasileiros. Nesta questão, o higienismo se fundamentava na Eugenia.

No contraponto a essa proposta de exclusão e eugenia, a partir da década de 1940, psiquiatras como Nise da Silveira, usaram da terapia ocupacional no Centro Psiquiátrico Nacional Engenho de Dentro no Rio de Janeiro (RJ), no qual o trabalho proposto considerava a reabilitação dos usuários como um processo terapêutico e humanizado, terapia essa igualmente reconhecida entre outras práticas. Dispunha da função de favorecer todos os sujeitos, sejam crônicos e agudos, com uma ocupação de escolha livre e não impositiva. As tarefas eram diversas (encadernação, costura, música, ateliês de pintura e modelagem etc.) respeitando a singularidade dos mesmos, não havendo um caráter financeiro de manutenção do hospital (GUERRA, 2008 *apud* ANDRADE e COSTA-ROSA, 2014).

Na mesma década também foi criado o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), subordinado ao Ministério da Educação e Saúde, por meio do Decreto-Lei nº 3.171, de 24 de abril de 1941, que reorganizou o Departamento de Nacional de Saúde (PAULIN e TURATO, 2004). Esse serviço caracterizou-se pela ampliação dos hospitais psiquiátricos públicos no país, com o Decreto-Lei nº 8.550, de 3 de janeiro de 1946, conforme autorização de convênio com os governos estaduais para a sua construção (PAULIN e TURATO, 2004).

De acordo com Paulin e Turato (2004, p. 244):

Ao mesmo tempo que a psiquiatria lutava pelo seu reconhecimento como especialidade médica, o hospital psiquiátrico se afirmava cada vez mais como espaço de atuação. Ao deixar a diretoria da SNDM em 1954, Aduino Botelho havia promovido, na sua gestão de 13 anos, um aumento de mais 16 mil leitos psiquiátricos no Brasil. Porém a criação de novos hospitais não amenizava a situação caótica vigente; ao contrário, na década de 1950 os hospitais públicos viviam em total abandono, apresentando excesso de pacientes internados. Só o Hospital do Juqueri chegava a abrigar cerca de 13 mil doentes.

Esse contexto foi marcado novamente pela exclusão e descrédito da população em relação aos hospitais psiquiátricos públicos, na qual foi criado um ideário de excelência das instituições privadas na sociedade, chamado de indústria da loucura (RESENDE, 2007).

Diante dessa conjuntura, a psiquiatria adentra no campo social, expandindo sua intervenção antes restringida aos loucos. A cientificidade da psiquiatria inclui um cuidado com técnicas químicas (injeções de terebentina, leite...), físicas (eletrochoque, lobotomia) e os psicofármacos, porém o projeto higienista não superou o cuidado asilar. Este higienismo ratificou o isolamento como prevenção de uma contaminação da sociedade. É nesse período também que é registrado um grande contingente de assistentes sociais inseridos neste campo (ROBAINA, 2010). Com isso a autora também contribui observando que:

Com o advento da Segunda Guerra Mundial, intensificou-se a demanda por forças produtivas, frente ao grande número de homens economicamente ativos mortos ou mutilados pelos confrontos. No mundo, verifica-se então a possibilidade (e necessidade) de implementação de diversificadas iniciativas de humanização dos hospícios e de programas de reabilitação dos loucos enquanto sujeitos da produção, das quais vale indicar: a Psicoterapia Institucional Francesa, a Comunidade Terapêutica Inglesa⁶ e a Terapia de Família. (ROBAINA, 2010, p. 342).

⁶ As Comunidades Terapêuticas (CTs) começaram a ser instituídas no século XX por iniciativas realizadas em diversos países do mundo e em momentos diferentes. O modelo da Comunidade Terapêutica psiquiátrica foi primeiramente desenvolvido na unidade de reabilitação social do Hospital Belmont (mais tarde chamado de Henderson), na Inglaterra, na metade da década de 1940. Tratava-se de uma unidade de 100 leitos voltada para o tratamento de pacientes com problemas psiquiátricos que apresentassem distúrbios de personalidade duradouros. A natureza terapêutica do ambiente total (motivação geral das CTs de Maxwell Jones) é precursora do conceito fundamental de comunidade como método no tratamento de usuário de substâncias psicoativas que surgiria mais tarde (FRACASSO, [2018?]).

De acordo com Fonte (2012), o golpe militar de 1964 marcou uma divisão entre o cuidado aos indigentes nos hospitais psiquiátricos públicos para o atendimento à massa de trabalhadores e seus dependentes. Os governos militares foram responsáveis pela articulação entre internação asilar e privatização da assistência, com a progressiva contratação de leitos nas clínicas e hospitais psiquiátricos conveniados, que cresceram rapidamente para atender a demanda. As internações passaram a ser feitas também em instituições privadas, as quais eram remuneradas pelo setor público. Na sua maioria, as clínicas contratadas funcionavam totalmente às custas do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social). Sua única fonte de receita era a internação psiquiátrica, remunerada na forma de diária paga para cada dia de internação de cada usuário.

Nesse período, Bravo (2009, p. 6) analisa que: “A medicalização da vida social foi imposta, tanto na Saúde Pública quanto na Previdência Social. O setor saúde precisava assumir as características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior.” Com isso podemos refletir sobre o conceito de mercadoria que Marx desvela no livro *O Capital* (2017, p. 157):

A riqueza das sociedades onde reina o modo de produção capitalista aparece como uma “enorme coleção de mercadorias”, e a mercadoria individual como sua forma elementar [...].

A mercadoria é, antes de tudo, um objeto externo, uma coisa que, por meio de suas propriedades, satisfaz necessidades humanas de um tipo qualquer. A natureza dessas necessidades – se, por exemplo, elas provêm do estômago ou da imaginação – não altera em nada a questão.

É possível compreender que as articulações impostas pelo capitalismo tornaram um direito primordial como a saúde, uma mera mercadoria. Porém, a partir dos movimentos de trabalhadores, academia, usuários (as), familiares etc. contra o modelo manicomial e privatista, ocorreram diversas mobilizações e lutas pela democracia, referenciando a saúde como um direito social e a liberdade como principal foco de cuidado em saúde mental, o que será discutido no item a seguir.

2.1 MOVIMENTOS E AS MOBILIZAÇÕES SOCIAIS EM PROL DA REFORMA PSQUIÁTRICA E SANITÁRIA: A SAÚDE COMO UM DIREITO SOCIAL

Os movimentos primários referentes à assistência psiquiátrica no Brasil deram-se nos anos de 1970, quando trabalhadores recém-formados (estagiários e residentes dos hospitais psiquiátricos) do Ministério da Saúde depararam-se com condições péssimas de trabalho e maus tratos aos usuários dentro dos hospitais da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM). Diante das manifestações públicas desses trabalhadores, tendo Paulo Amarante como um dos médicos denunciadores da época, ocorreu a demissão de 260 profissionais e conseqüentemente uma greve, nominada de “crise da DINSAN”. Esse fato teve um impacto nacional importante, sendo o marco da criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), em 1978, no Rio de Janeiro. Movimentos semelhantes são constituídos na Bahia e em São Paulo (LAPS, 2018).

Outra personalidade de relevância para a Reforma Psiquiátrica e luta antimanicomial brasileira, foi a do psiquiatra italiano Franco Basaglia, o qual realizou visitas e participou de eventos no país. De acordo com Parmegiani, Zanetti (2007 *apud* SERAPIONI, 2019, p. 1176), explicam-se:

Por meio de atividades terapêuticas inovadoras, Basaglia lutou contra aquela que era definida como a “dupla psiquiatria”: por um lado, nos asilos, os pobres, os colarinhos brancos de baixa renda, os operários e o subproletariado em geral; por outro lado, em casa ou em clínicas particulares, os mais ricos e aqueles que, graças às disponibilidades financeiras, tinham a possibilidade de se tratar e, em muitos casos, voltar ao trabalho e à sociedade. Esta era uma clara demonstração de que tanto pobres como ricos poderiam ser tratados, desde que não fossem trancados, contra suas vontades, em ambientes que os faziam enlouquecer definitivamente.

Perante os acontecimentos acima citados, a desinstitucionalização em psiquiatria, e sua opinião contra o manicômio foi inspirada pelas vivências ocorridas na Itália, demonstra a possibilidade de ruptura com as referências existentes, como na Colônia Juliano Moreira, enorme asilo com mais de 2.000 internos no início dos anos 1980, no Rio de Janeiro. Com isso as atuações iniciais frente à modificação de uma assistência asilar para o cuidado em liberdade surgem de maneira ativa (BRASIL, 2005a).

Esse movimento, chamado de MTSM, foi responsável pelo I Congresso de Saúde Mental em São Paulo, ocorrido em 1979, no qual havia uma motivação profunda de seus participantes, mesmo sem qualquer apoio financeiro. Outro fato importante se deu pela afinidade com Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), como significativa estratégia de ampliação da articulação do movimento com o campo mais geral da saúde (AMARANTE e NUNES, 2018). O II Congresso Nacional do MTSM ocorrido na cidade de Bauru, no estado de São Paulo (SP), em 1987, adota o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Neste mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental (Rio de Janeiro) (BRASIL, 2005a).

Entre o I Congresso do MTSM (1979) e a I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), muito aconteceu no Brasil. Em 1979 a luta contra a ditadura obtém duas importantes vitórias, seja pela lei da Anistia – ainda que limitada pelas manobras e imposições da ditadura – que permitiu a volta de exilados e a soltura de parte dos presos políticos, seja pelo retorno do pluripartidarismo. A ditadura dava sinais reais de que está preparando o terreno para sua retirada. Apesar da transição ter sido controlada pela ditadura, este é um período de ascenso da luta popular. (AGUIAR, 2020, p. 49).

Em concomitância com o processo de reforma psiquiátrica, também ocorreu o Movimento da Reforma Sanitária, no qual se obteve uma atuação importante de novos sujeitos⁷ sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, colaborando para um debate importante sobre a saúde que permeou a sociedade civil. A saúde ganha uma dimensão política, estreitamente vinculada à democracia (BRAVO, 2009). A autora ainda analisa que:

O fato marcante e fundamental para a discussão da questão Saúde no Brasil ocorreu na preparação e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília - Distrito Federal. O temário central versou sobre: I A Saúde como direito inerente a

⁷ “Dos personagens que entraram em cena nesta conjuntura, destaca-se: os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contra-propostas; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil” (BRAVO, 2009, p. 8-9).

personalidade e à cidadania; II Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, III Financiamento setorial. (BRAVO, 2009, p. 9).

O processo de reorganização da saúde debatido na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) culminou no que viria a ser uma nova concepção de saúde: como direito dos cidadãos e dever do Estado Brasileiro, onde o Sistema Único de Saúde (SUS) passou a ser exequível anos a frente. Outro ponto, diz respeito sobre a importância do debate da especificidade dos diversos campos da saúde, sendo a saúde mental uma das pautas essenciais para garantia do direito a saúde da população.

Conforme o Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em 1987, houve a participação de 176 delegados eleitos nas pré-conferências estaduais e demais segmentos representativos da sociedade. A Conferência teve três temas estruturais (BRASIL, 1988b): “I – Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; II – Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; III – Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental”.

Tratando-se dessas pautas, o relatório apresenta a articulação entre as propostas de reforma agrária, urbana e tributária com a saúde mental e demonstra que saúde e doença, vida e morte, estão relacionadas com as condições de produção e reprodução da vida. Com isso, é preciso analisar a nossa formação sócio-histórica para entender a precarização social do trabalho, fator que impacta diretamente na saúde da população (AGUIAR, 2020).

Outro ponto relevante diz respeito ao “Manifesto de Bauru”, documento elaborado no II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental – CNTSM (1987), no qual protesta que:

O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida. (CARTA..., 2017).

Amarante e Nunes (2018) descrevem que o II CNTSM, ocorrido no mesmo ano da conferência, enfatizou o tema “Por uma sociedade sem manicômios”, este congresso trouxe importantes mudanças no MTSM. O movimento deixa de ser um

grupo de profissionais para se tornar um movimento social, agregando usuários e familiares e outros ativistas de direitos humanos. Seu propósito foi dar luz à extinção das instituições manicomiais, além das outras demandas como à melhoria do sistema, à luta contra a violência, à discriminação e segregação dos usuários. Constituindo-se em Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) e marcando a data 18 de maio, como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial. Ainda neste ano de 1987, os autores destacam a criação do primeiro CAPS do Brasil, na cidade de São Paulo e outras iniciativas que vieram a surgir.

No que tange à Reforma Psiquiátrica, processo histórico de suma importância, Heidrich (2007, p. 70) acrescenta que:

[...] é, em primeiro lugar, um processo complexo que não se limita as mudanças nos hospitais psiquiátricos/ manicômios ou na forma de atender / tratar a loucura. Não se refere, portanto, somente à criação de serviços comunitários de saúde mental, de oficinas terapêuticas, equipe interdisciplinares, entre outras. Se levarmos em conta que a instituição a ser negada é todo o aparato de saberes, verdades, normas e lugares instituídos sobre e para a loucura e o louco (como doença e doente mental, respectivamente), não nos basta negar somente o hospital ou desejar somente que se humanize o cuidado. Necessitamos operar uma transformação em vários níveis de relações na sociedade concomitantemente. Começando pela questão técnica do tratamento, indo até a questão cultural, ou seja, uma reflexão e transformação da forma como a sociedade (os seus membros) lida com o diferente, com o não-conhecido, com o não-compreendido.

Tendo a Reforma Psiquiátrica e Sanitária como movimentos relevantes para conquistas no campo da saúde, no ano de 1988, com a Constituição Federal brasileira as políticas sociais se fortaleceram, conforme demonstra no seu Art. 196, no qual a saúde passa ser direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988a).

Atendendo à necessidade urgente de mudança diante de uma cultura de múltiplas violências adotada como modelo terapêutico aos usuários (as) dentro dos manicômios, o Brasil reivindicava reestruturar intrinsecamente o sistema de saúde mental vigente, considerando os serviços substitutivos e a liberdade como cuidado em saúde, pois algumas instituições reproduziam a exclusão, maus tratos etc. É o que Pereira (2011, p. 55) exemplifica em sua obra:

Um fato marcante, de repercussão nacional e que marcou o início de todo um processo de reestruturação da política de Saúde Mental no país refere-se a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos-SP, em 1989. Conhecida como “Casa dos Horrores”, devido ao tratamento desumano oferecido aos pacientes com celas fortes, mortes e maus tratos constantes. Neste período, aderiu-se a desmontagem do aparato manicomial em Santos e a construção de uma rede de serviços de acolhimento e assistência, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS).

Devido ao modelo manicomial oferecer um atendimento que expressava inúmeras violências aos (às) usuários (as), as lutas do Movimento de Reforma Psiquiátrica repercutiram nos campos legislativo e normativo. No ano de 1989, o Projeto de Lei nº 3.657, do Deputado Paulo Delgado (Partido dos Trabalhadores/Minas Gerais), ingressa no Congresso Nacional com a proposta de regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país (BRASIL, 2005a).

Com a obtenção da saúde como direito universal na Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica da Saúde (LOS) – sendo ela a Lei nº 8.080/1990, que estabelece a regulamentação do SUS – e, em conjunto, a Lei nº 8.142/1990 – que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão e sobre o financiamento da saúde e das transferências intergovernamentais nesse sistema – tem-se, no Projeto de Reforma Sanitária, como preocupação fundamental, “[...] assegurar que o Estado atue em função da sociedade pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde” (BRAVO, 2009, p. 15).

Neste mesmo ano, ocorre a Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina em Caracas, na Venezuela que tem como principal finalidade: “Que a reestruturação da atenção psiquiátrica ligada a Atenção Primária de Saúde e nos marcos dos Sistemas Locais de Saúde permite a promoção de modelos alternativos centrados na comunidade e nas suas redes sociais”. Esta foi organizada pela Organização Pan-Americana de Saúde e Organização Mundial da Saúde, na qual é mais conhecida por “Declaração de Caracas” (OMS, 1990, p. 2).

Seguindo com as referências históricas, podemos apresentar a II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Brasília, no período de 1 a 4 de dezembro de 1992. Foi elaborado um relatório pelo Ministério da Saúde disponibilizado somente

em 1994, intitulado de: *A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil* (BRASIL, 1994). Esse processo teve início com a composição da Comissão Organizadora da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que contou com: associações de usuários e familiares, conselhos da área de saúde, prestadores de serviços, governos e entidades da sociedade civil. A fase nacional foi precedida por 24 conferências estaduais, realizadas entre os meses de abril e novembro de 1992. As estaduais, por sua vez, foram precedidas por aproximadamente 150 conferências municipais ou de âmbito regional, em todo o país. Assim, a II Conferência Nacional de Saúde Mental representou o cumprimento de um amplo processo de participação e debate, obtido através dos trabalhos de 500 delegados eleitos nos eventos estaduais e com composição paritária dos dois segmentos: usuários e sociedade civil, governo e prestadores de serviços (BRASIL, 1994).

Os conteúdos que centraram os encaminhamentos dos delegados e dos participantes da II Conferência Nacional de Saúde Mental foram (BRASIL, 1994, p. 5): “a) rede de atenção em saúde mental; b) transformação e cumprimento de leis; c) direito à atenção e direito à cidadania”. Podemos destacar o Capítulo 11 deste relatório, Drogas e Legislação, pontuando a descriminalização dos (as) usuários (as) de substâncias psicoativas, não admitindo procedimentos jurídicos e sim várias medidas de cunho assistencial à saúde.

Segundo análise de Aguiar (2020, p. 99) também podemos acrescentar:

[...] a importância dada pelo documento às alterações legais, às campanhas de comunicação, à formação e capacitação profissional, à alteração das relações cotidianas e à defesa do direito ao trabalho digno, tanto dos profissionais quanto dos usuários.

Esse relatório foi construído de um novo prisma, demonstrado pelo conceito de saúde ampliado e pelo comprometimento desse evento em reforçar o papel do Estado, como Estado de direito, frente à população usuária e trabalhadora, contribuindo para “[...] construção de uma nova relação social da loucura e de uma rede substitutiva que acolha as diferentes especificidades e demandas relacionadas à saúde mental” (AGUIAR, 2020, p. 99).

As décadas de 1980 e 1990 apontaram avanços significativos para o exercício da democracia brasileira, tratando-se de movimentos sociais importantes como o da Reforma Sanitária e Psiquiátrica no campo da saúde, o fim da ditadura militar, a

Constituição Federal brasileira, as eleições diretas etc. Porém traz como contraditório o modelo de saúde antagônico ao das reformas citadas acima, orientado pelo mercado, no qual ambas estão em contínua disputa. Couto (2010, p. 139) explicita que:

De um lado, desenvolveu-se um processo singular de reformas, no que se refere à ampliação do processo de democracia – evidenciada pela transição dos governos militares para governos civis – e à organização política e jurídica – especialmente demonstrada no desenho da Constituição promulgada em 1988, considerada pela maioria dos teóricos que a analisaram, como balizadora da tentativa do estabelecimento de novas relações sociais no país. Por outro lado efetivou-se um processo de grande recessão e contradições no campo econômico, onde ocorreram várias tentativas de minimizar os processos inflacionários e buscar a retomada do crescimento, tendo como eixo os princípios da macroeconomia expressa na centralidade da matriz econômica em detrimento da social.

É possível compreender essa disputa diante de dois movimentos paralelos: um de modelo hospitalocêntrico e outro de base comunitária e substitutiva aos manicômios. Como exemplo, podemos citar a tramitação do Projeto de Lei nº 3.657 do Deputado Paulo Delgado que permaneceu por 12 anos no congresso brasileiro até sua promulgação em 2001, a mesma contendo algumas modificações, pois “[...] o projeto original previa a extinção dos manicômios e proibia a construção e contratação de novos leitos psiquiátricos” (HEIDRICH, 2007, p. 118).

Assim, essas alterações apresentam como resultado a Lei Federal nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001).

Com essa normativa, diretrizes exclusivas de financiamento são criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao modelo manicomial e novos mecanismos são normatizados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país. Como consequência desse investimento há uma grande expansão na rede de atenção à saúde mental, chegando ao número de 689 CAPS no território brasileiro e uma diminuição dos repasses para leitos em hospitais psiquiátricos, estes ficando em 64% no final de 2004. Em igual período, o processo de desinstitucionalização de pessoas internadas é impulsionado, com a criação do Programa “De Volta para Casa”. Uma política de recursos humanos para a

Reforma Psiquiátrica é construída, e é traçada a política para a questão do álcool e de outras drogas, incorporando a estratégia de redução de danos (BRASIL, 2005a).

Em 2001, ainda ocorreu a III Conferência Nacional em Saúde Mental (CNSM) nomeado “Cuidar, sim. Excluir, não. – Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social,” com uma preocupação concreta em relação à constituição da rede de atenção, ao processo de substituição do modelo hospitalocêntrico, à construção dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), às formas de garantir acesso aos serviços, e enfatizando os Centros de Atenção Psicossocial como uma referência para o atendimento da população usuária (BRASIL, 2002b). Nessa ocasião, a III CNSM (BRASIL, 2002b, p. 20) destacou:

[...] a presença de parcelas da população que não têm acesso a atenção em saúde mental no contexto do SUS. Ressalte-se ainda, a necessidade de aprofundar diversas temáticas, como, por exemplo, a atenção as pessoas com abuso ou dependência de substâncias psicoativas, a atenção população em situação de rua, a atenção a criança e ao adolescente, e aos idosos, dentre outras que serão indicadas nos painéis específicos. Embora as diretrizes da reforma e da reorientação do modelo assistencial se refiram também, evidentemente, a estes grupos populacionais e a estas problemáticas, tais temáticas apresentam singularidades que devem ser contempladas, analisadas e discutidas.

Com essas pautas, também foi possível observar 10 anos de diferença entre a II CNSM e a III CNSM, em que a última retomou discussões das duas primeiras conferências e abrangeu questões novas, diante da realidade brasileira que expandia políticas neoliberais reduzindo financiamento para a saúde em geral, preservando recursos públicos a hospitais psiquiátricos, predominantemente privados. Ao mesmo tempo temos a ampliação de serviços com base territorial e comunitária, extra hospitalares, elencadas com as normativas vigentes conquistadas pela luta dos movimentos sociais ocorria em todo o território brasileiro. Tratando-se do quesito usuários (as) de substâncias psicoativas podemos citar que a CNSM III (BRASIL, 2002b, p. 34) propõe uma série de alternativas:

Na questão do álcool e drogas, é necessária uma profunda revisão da lei que criminaliza o uso das substâncias, e cria situações perversas de institucionalização forçada dos usuários (metade da população dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico é constituída por usuários de droga que cumprem medida de segurança ou aguardam perícia psiquiátrica e de violência por parte dos aparelhos policial e

judicial). A importação do modelo norte-americano dos Tribunais de Drogas deve ser profundamente questionada, pois tende a agravar as distorções e reafirmar um modelo repressivo de atenção ao problema. Daí que, em relação ao modelo assistencial, é importante afirmar a necessidade de implantar-se rede de serviços comunitários, abertos, onde a questão dos direitos do paciente que faz uso prejudicial de drogas ilícitas possa ser uma das premissas do tratamento.

Diante disso, podemos compreender um importante passo a partir da Lei nº 10.216 e da III CNSM, ambas ocorridas em 2001, as quais direcionam um atendimento de maneira integral, contemplando as singularidades existentes, seja por faixa etária, seja por complexidade das mais diferentes questões em saúde mental. Incluem-se aí as pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas. Fazem parte desse passo os direitos dos cidadãos, a reorganização de todo um sistema antes manicomial, reforçando a função dos serviços substitutivos, tendo o CAPS como destaque na liberdade do cuidado.

A exemplo de conquistas da Política de Saúde Mental, a Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, instituiu a nova organização dos CAPS⁸ (BRASIL, 2002a):

Art.1º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria.

Também foram diferenciados por público específico, CAPS I, II, III, tratando-se de adultos, CAPSi (infantil ou infanto-juvenil) e CAPS AD (álcool e drogas).

Nesse tempo histórico, dinâmico e contínuo destacamos a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas elaborado pelo Grupo de Trabalho em Álcool e Outras Drogas no ano de 2003, também como resposta a III CNSM, considerando o uso problemático de substâncias psicoativas como questão de saúde pública e articulada com o campo da saúde mental, tendo

⁸ Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica brasileira. É o surgimento destes serviços que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. É função, portanto, e por excelência, dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território (BRASIL, 2005a).

como principal objetivo a ampliação do acesso ao tratamento, à compreensão da temática de maneira ampliada, à redução de danos como nova alternativa para o cuidado e à garantia de direitos aos usuários.

Uma das políticas que contribuiu para a organização da rede de atenção em saúde, inclusive os CAPS e suas diversas modalidades, foi a Política Nacional de Humanização (PNH), elaborada pelo Núcleo Técnico da Política de Humanização do Ministério da Saúde, nomeado como: “A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS”. Esse documento engloba uma série de questões há muito problematizada pelos movimentos sociais das reformas sanitária e psiquiátrica brasileira.

Tematizar a humanização da assistência abre, assim, questões fundamentais que podem orientar a construção das políticas em saúde. Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. (BRASIL, 2004a, p. 6).

Podemos acrescentar que a PNH revelou um direcionamento para a garantia do acesso à saúde, de maneira que todos os atores pudessem participar de fato desse processo, seja do ponto de vista da estrutura física dos ambientes, seja dando voz aos usuários e trabalhadores na construção dos processos de trabalho, potencializando um melhor atendimento e que ao:

[...] aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, na produção da saúde, implica mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho. Tomar a saúde como valor de uso é ter como padrão na atenção o vínculo com os usuários, é garantir os direitos dos usuários e seus familiares, é estimular a que eles se coloquem como atores do sistema de saúde por meio de sua ação de controle social, mas é também ter melhores condições para que os profissionais efetuem seu trabalho de modo digno e criador de novas ações e que possam participar como co-gestores de seu processo de trabalho. (BRASIL, 2004a, p. 7).

Posto isso, salientamos a IV Conferência Nacional em Saúde Mental – Intersetorial (IV CNSM-I), com o tema: “Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”. Esta ocorreu em Brasília entre os dias 27 de junho a 01 de julho de 2010, apresentado pelo Relatório Final elaborado em

dezembro desse mesmo ano dividido em três eixos norteadores: *I Eixo: Políticas Sociais e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais; II Eixo: Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais e III Eixo: Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético e intersetorial*, sendo convocada por decreto presidencial em abril do mesmo ano (BRASIL, 2010b).

[...] permitiu a convocação não só dos setores diretamente envolvidos com as políticas públicas, mas também de todos aqueles que têm indagações e propostas a fazer sobre o vasto tema da saúde mental. A convocação da intersetorialidade, de fato, foi um avanço radical em relação às conferências anteriores, e atendeu às exigências reais e concretas que a mudança do modelo de atenção trouxe para todos. Desde a III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no ano de 2001, cresceu a complexidade, multidimensionalidade e pluralidade das necessidades em saúde mental, o que exigiu de todo o campo a permanente atualização e diversificação das formas de mobilização e articulação política, de gestão, financiamento, normatização, avaliação e construção de estratégias inovadoras e intersetoriais de cuidado. (BRASIL, 2010b, p. 7).

Como esta dissertação tem como foco o campo da saúde mental específico para o cuidado das pessoas que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas, podemos elencar a relevante abordagem desse tema nessa conferência, destacando os princípios e diretrizes do subitem “2.7 - Álcool e outras drogas como desafio para a saúde e as políticas intersetoriais”:

A IV CNSM - I enfatiza que o enfrentamento da problemática do uso e abuso de álcool e outras drogas requer a implantação e o desenvolvimento, nos três níveis de atenção, de políticas públicas intersetoriais, em consonância com as diretrizes da reforma psiquiátrica, do Sistema Único de Saúde (SUS), Sistema Único de Assistência Social (SUAS), do Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH) e do Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. (BRASIL, 2010b, p. 85).

Desta maneira, houve o apontamento como proposta da efetivação da estratégia da redução de danos como política pública, na rede de atenção psicossocial, nos diversos níveis de atenção, potencializando as ações nos territórios, superando o modelo que estigmatiza, penaliza, criminaliza o (a) usuário (a) de psicoativos ainda vinculados à abstinência como única alternativa de cuidado. Com isso, foi indicado:

[...] instituir, no âmbito dos entes gestores do SUS, políticas estratégicas e mecanismos para fortalecer a integração da atenção básica com os CAPS; implantar e implementar leitos em hospitais gerais; e de ampliar o investimento em projetos de promoção da saúde, prevenção, e de redução de danos, tendo como princípio o respeito às singularidades socioculturais de cada grupo e região e a intersetorialidade - cultura, arte, lazer, esporte, educação, emprego e geração de renda. (BRASIL, 2010b, p. 86).

E ainda:

Criar e expandir, em todo o país, a rede de cuidados em saúde mental para usuários de álcool e outras drogas com a implantação de CAPSad III, CAPSad, além de criação de CAPSad com perfil para infância e adolescência (CAPSad infante e juvenil) - atualizando a Portaria GM 336/2002 - com equipe multiprofissional, disponível durante todo o horário de funcionamento, de modo a oferecer o atendimento necessário aos usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2010b, p. 87).

Diante dessas recomendações, Aguiar (2020) entende que nesta conjuntura, o CAPS é um dispositivo estratégico e fundamental para a efetivação da reforma, já que atua como articulador da rede intra e intersetorial. E que ainda podemos considerar que a expansão do número de CAPS e de suas modalidades é um bom indicador da efetivação da Reforma Psiquiátrica. Com isso, foi possível observar que entre a III CNSM e a IV CNSM-I, tivemos um grande aumento dos CAPS – particularmente nos anos finais do segundo governo de governo FHC (1999-2002) e, depois, durante os dois governos Lula (2003-2010).

Ao compreender o cenário que foi estruturado pelos movimentos sociais e pela reivindicação da sociedade como um todo, debatido nos conselhos e conferências, ficou evidente a importância do controle social em saúde para que ocorresse uma mudança na rede de atenção psicossocial brasileira de maneira efetiva, diante das legislações e normativas pressionando o comprometimento do governo e serviços para que o direito à saúde e à saúde mental fosse cumprido através do acesso e atendimentos, dando voz aos (às) usuários (as) dentro dos espaços de saúde e colaborando para um processo de autonomia e participação sobre a gestão do próprio cuidado. A seguir, será apresentada a composição da rede de atenção psicossocial e suas constantes modificações.

2.2 ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO: O CAPS AD COMO MODALIDADE PRIMORDIAL NO CUIDADO ESPECIALIZADO

Com a promulgação da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, 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 foi instituída. Essa rede tem a finalidade de criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção na esfera do SUS, a qual se estabeleceu conforme o Art. 5º (BRASIL, 2011c):

A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes:

I - atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Unidade Básica de Saúde;
- b) equipe de atenção básica para populações específicas:
 1. Equipe de Consultório na Rua;
 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- c) Centros de Convivência;

II - atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção:

Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;

III - atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) SAMU 192;
- b) Sala de Estabilização;
- c) UPA 24 horas;
- d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro;
- e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;

IV - atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Unidade de Recolhimento;
- b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;

V - atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) enfermaria especializada em Hospital Geral;
- b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

VI - estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:

- a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e

VII - reabilitação psicossocial.

Com isso, os CAPS passam a ser o ponto de atenção psicossocial especializada, de base territorial, colaborando para o acesso amplo à saúde mental e exercício da cidadania dos (as) usuários (as), e, conforme o inciso 1º do Art. 7º, “[...] é constituído

por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo⁹ (BRASIL, 2011c). Os CAPS são divididos em seis modalidades, conforme Art. 7º, inciso 4º da lei (BRASIL, 2011c):

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

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

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

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

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

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

⁹ “Intensivo: trata-se de atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário; Semi-Intensivo: nessa modalidade de atendimento, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Essa modalidade é oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário; Não-Intensivo: oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês. Esse atendimento também pode ser domiciliar” (BRASIL, 2004b, p. 16).

Todavia, em 2012, o Ministério da Saúde cria novos procedimentos para ampliar e qualificar as informações relativas aos atendimentos realizados nos CAPS, pela Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012, revogando o regime de tratamento anterior (intensivo, semi-intensivo e não intensivo). São eles: *acolhimento noturno; acolhimento em 3º turno; acolhimento diurno no CAPS; atendimento individual; atendimento em grupo; atendimento familiar; acompanhamento domiciliar; práticas corporais; práticas expressivas; atenção às situações de crise; ações de reabilitação psicossocial, promoção de contratualidade; acolhimento inicial; ações de articulação em rede intra e intersetoriais; fortalecimento do protagonismo; matriciamento de equipes da atenção básica; matriciamento dos pontos de atenção da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de referência; ações de redução de danos; acompanhamento de SRT e apoio à serviço residencial de caráter transitório* (BRASIL, 2012).

Esses procedimentos foram instituídos para demonstrar o tipo de trabalho realizado e comprovar a produtividade dos serviços, pois, a partir disso, o financiamento vindo do Ministério da Saúde poderia ou não ser garantido. Outro ponto que podemos descrever faz menção à organização das equipes multiprofissionais e dos CAPS propriamente ditos, já que, com as ações realizadas e as demandas do cotidiano, havia a necessidade de um planejamento estruturado para a comprovação da possibilidade de contratação de mais recursos humanos e do funcionamento dos CAPS (gerenciamento do ambiente para melhoria dos atendimentos em grupos, assembleias, atendimentos individuais, mobilização da rede, por exemplo). Quanto à produtividade e garantia de financiamento para os CAPS foram construídos os seguintes instrumentos para informação dos procedimentos (BRASIL, 2013):

- RAAS – Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde, com um formulário próprio para a atenção psicossocial: Cuidado direto dos usuários do serviço e/ou seus familiares dentro ou fora da unidade, após ingresso no serviço – 1 RAAS por usuário
- BPA/I – Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado – 1 procedimento – acolhimento inicial por CAPS;
- BPA/C – Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado – ações institucionais e de articulação e sustentação de redes de cuidado – 1 BPA/C por CAPS com diversos procedimentos (ex: fortalecimento dos usuários, matriciamento AB, RUE, RD, SRT).

Conforme a Portaria nº 854/2012, o sistema de faturamento dos CAPS passa a ser realizado por Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS) (BRASIL, 2012),

e este apresenta um contexto contraditório, visto que as demandas de acolhimento e atendimento como serviço substitutivo e produtividade eram de grande expressão, porém, a forma de registrar esses dados refletia certos entraves diante da falta de recursos humanos, acompanhamento e vigilância por parte do governo, equipamentos informatizados e um sistema tecnológico eficaz que pudesse compilar rapidamente a produção e registro adequado, comprometendo a continuidade dos atendimentos da população usuária. Cruz, Gonçalves e Delgado (2020, p. 8) compreendem que esse novo sistema:

[...] conta com a quantificação dos procedimentos realizados de forma mais minuciosa, porém de preenchimento mais complexo e trabalhoso. Muitos CAPSs de todo o Brasil tiveram grandes dificuldades para se adaptar. O sistema exige um computador com maior capacidade e, não raro, necessita de um funcionário exclusivamente para cuidar deste preenchimento – o que nem sempre encontramos nas unidades. Em setembro de 2017, em apresentação na CIT, a coordenação de saúde mental (através de seu coordenador desde o início do governo Temer) já havia apontado que 385 CAPSs não haviam apresentado produção nos últimos 3 meses e, destes, 284 não o haviam feito nos últimos seis meses, e que o total de recursos financeiros sem comprovação de execução na saúde mental foi de R\$ 185.298.959,06, como se o fato de não faturarem (isto é, não terem apresentado o registro no sistema) implicasse diretamente em serviços não prestados, sem qualquer outra forma de fiscalização da aplicação dos recursos federais em tais serviços e sem tentativa de avaliar as causas do não faturamento.

Diante desse fato, os investimentos dos CAPS foram sofrendo alterações significativas. A produção medida por meio do novo instrumento RAAS, “não comprovada” passa a ser usada para conduzir os recursos para estruturas hospitalares/azilares e não mais direcionadas aos serviços de base territorial.

Com a destituição da presidenta Dilma Rousseff, em maio de 2016, quando Michel Temer assume o governo, mudanças relacionadas às políticas sociais sofreram grandes impactos. Com a Emenda Constitucional 95 (EC 95), conforme Art. 106: Fica instituído o Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, que vigorará por vinte exercícios financeiros” (BRASIL, 2016).

Nesse sentido, o financiamento para a saúde pública passa por uma desqualificação do ponto de vista dos recursos financeiros. Assim, podemos exemplificar a aprovação da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB),

Portaria nº 2.436 de 21, de setembro de 2017, e que Cruz, Gonçalves e Delgado (2020, p. 4) evidenciam:

Uma Estratégia Saúde da Família (ESF) funcionando praticamente sem agentes comunitários de saúde (ACSs) e sem a lógica do matriciamento prejudica diretamente a possibilidade de um cuidado de base comunitária. Os fluxos, tanto de atendimentos como de formação continuada, entre as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) e a ESF são fundamentais para a integralidade do cuidado. Uma RAPS sem apoio da ESF corre o risco de ser muito pouco presente nas ações territoriais e de se aproximar mais do modelo pautado em ambulatórios especializados.

Com as alterações da PNAB e da RAPS realizadas pelo governo, o trabalho nos CAPS em geral se depara com limitações que não dialogam com a amplitude do conceito de saúde, o predispondo à dificuldade de promover a mobilização da rede intersetorial e o protagonismo dos usuários (as) no processo de cuidado, descaracterizando a inovação dos serviços de base comunitária.

Na Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017 foi acrescentada mais uma modalidade de atendimento, denominado CAPS AD IV que atende pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. A sua implantação deve ser planejada junto a cenas abertas de uso de SPA em municípios com mais de 500.000 habitantes e capitais de Estado, de forma a maximizar a assistência a essa parcela da população. Tem como objetivos atender pessoas de todas as faixas etárias; proporcionar serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; e ofertar assistência a urgências e emergências, contando com leitos de observação (BRASIL, 2017b).

Ao estabelecer um novo ponto da rede voltado para o público AD em regiões de maior vulnerabilidade social. Há de considerar as ambivalências que os serviços podem apresentar. Aspectos higienistas e estigmatizantes não devem nortear o trabalho, nem tampouco ignorar ações que pressuponham avaliação e acompanhamento longitudinal, articulação com a rede intersetorial (saúde, educação, justiça, assistência social, etc.), bem como estratégias de Redução de Danos (RD), que trazem como oportunidade a inovação do cuidado e fazem menção a coparticipação, ao exercício da cidadania e valorização dos direitos humanos, garantindo uma atenção à saúde de maneira integral aos indivíduos.

Para Aguiar (2020) devido à diminuição de investimentos no setor público, a Rede de Atenção Psicossocial vem sofrendo retrocessos. Além de promover alterações sem partir das deliberações das instâncias de controle social, o governo Temer, através da Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, incluiu os hospitais psiquiátricos como parte da RAPS, acabando na prática com a extinção progressiva dos mesmos e passando a destinar ainda mais dinheiro público para as instituições de cunho manicomial, inclusive com aumento no valor das diárias pagas à internação. Fortalecendo também, neste movimento, o financiamento das comunidades terapêuticas.

Nessa conjuntura, compreende-se que o modelo manicomial, proibicionista e privatista nunca esteve distante, e que essa disputa pela garantia do direito à saúde não está dada. Inclusive há a necessidade de enfrentamentos constantes aos retrocessos, como as ações higienistas e o conservadorismo da mídia que trazem para o ideário da população que pessoas que fazem uso de crack, por exemplo, devem ser retiradas do convívio social e que a melhor solução para isso seria a exclusão e o investimento em internações psiquiátricas e em Comunidades Terapêuticas, diminuindo ainda mais os recursos financeiros aos CAPS.

A posição do Estado referente à RAPS tornou-se desafiadora para a população usuária, trabalhadores, cientistas, movimentos sociais e outros que defendem a luta antimanicomial e antiproibicionista, pois a Nota Técnica nº 11/2019, realizada pelo Ministério da Saúde, esclarece sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, modificando mais uma vez a RAPS, que passa a ser formada por:

- CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), em suas diferentes modalidades;
- Serviço Residencial Terapêutico (SRT);
- Unidade de Acolhimento (adulto e infanto-juvenil);
- Enfermarias Especializadas em Hospital Geral;
- Hospital Psiquiátrico;
- Hospital-Dia;
- Atenção Básica;
- Urgência e Emergência;
- Comunidades Terapêuticas;
- Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental - Unidades Ambulatoriais Especializadas. (BRASIL, 2019d).

Ainda, destaca que:

Todos os Serviços, que compõem a RAPS, são igualmente importantes e devem ser incentivados, ampliados e fortalecidos. O Ministério da Saúde não considera mais Serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza. A Rede deve ser harmônica e complementar. Assim, não há mais porque se falar em “rede substitutiva”, já que nenhum Serviço substitui outro. O país necessita de mais e diversificados tipos de Serviços para a oferta de tratamento adequado aos pacientes e seus familiares. (BRASIL, 2019d).

Desse modo, há um discurso de aumento da oferta da RAPS para os (as) usuários (as), e, ao se elencar hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas e ambulatórios especializados de saúde mental, os serviços de base comunitária passam a não responder à demanda imediata e higienista da Nota Técnica. Um exemplo são os CAPS, que apresentam um trabalho que dialoga com a realidade dos usuários, processo esse que é longitudinal. Nessa mesma direção, lembra-se que o controle social foi abolido e que o recurso público passa a ser de direito privado, sendo que os números de consultas, em se tratando dos ambulatórios e internações, passam a ser contabilizados por interesses de um sistema capitalista que se reinventa e traz soluções do século passado como um sistema inovador. Cruz, Gonçalves e Delgado (2020, p. 11) fazem algumas considerações relevantes sobre a Nota Técnica:

O texto questiona frontalmente a efetividade do modelo em vigor até 2017 e a direção de uma política pautada no cuidado comunitário, afirma a necessidade de aumento do número de leitos psiquiátricos e repudia a ideia de fechar hospitais. Também afirma ser democrática ao se apoiar em discussões realizadas com mais de 70 entidades “conhecedoras da realidade da saúde mental no país” – o que é facilmente contestável, pois não cita quais seriam estas entidades e nem com qual critério foram escolhidas para participar da construção das mudanças, sendo que as instâncias oficiais do controle social, como o CNS e o CNDH, além dos conselhos profissionais (de psicologia, enfermagem, serviço social etc.), entidades como a Abrasco e a Abrasme e pesquisadores do campo foram completamente alijados de participar das discussões e tiveram seus posicionamentos (amplamente divulgados e/ou registrados em meios oficiais) ignorados.

Diante desses fatos e de toda uma estratégia montada para o sucateamento do setor público de saúde, o atual governo brasileiro, após revogar a Política Nacional Antidrogas, Decreto nº 4.345, de 2002, constituiu uma nova política, chamada de

Política Nacional sobre Drogas, conforme o Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019, que traz, no seu Art. 2º, 2.8:

[...] que as ações, os programas, os projetos, as atividades de atenção, o cuidado, a assistência, a prevenção, o tratamento, o acolhimento, o apoio, a mútua ajuda, a reinserção social, os estudos, a pesquisa, a avaliação, as formações e as capacitações objetivarão que as pessoas mantenham-se abstinentes em relação ao uso de drogas. (BRASIL, 2019b).

Conforme as legislações apresentadas até o momento foi possível perceber que a Política Nacional sobre Drogas vigente não dialoga com a construção histórica diante dos movimentos de luta antiproibicionista e luta antimanicomial. E por ser um decreto presidencial, “[...] pretende se estabelecer enquanto política de Estado, e não apenas de governo [...]. Tem potencial de interferir em pesquisas, formação, prevenção e cuidado relacionados ao uso de drogas” (CRUZ, GONÇALVES e DELGADO, 2020, p. 12). Vai de encontro à ideia do cuidado em liberdade, além do discurso incisivo de guerra às drogas, desconsiderando a relação que o mercado incide na sociedade, potencializando o consumo exacerbado também de drogas lícitas e ilícitas e ao mesmo tempo culpabilizando, estigmatizando e possibilitando o encarceramento dos sujeitos pelo uso e venda dos mesmos.

Diante das normativas estabelecidas, pontuando aqui a especificidade do público que faz uso de psicoativos, destaca-se a necessidade da execução das legislações com incentivos de investimentos na implantação de serviços adequados, como a proposta do CAPS AD e recursos humanos que estejam vinculados à proposta da luta antimanicomial e antiproibicionista. Observa-se que o trabalho do (a) assistente social nos CAPS AD na contemporaneidade é de suma importância para fomentar esse debate, pois alguns valores de encarceramento da loucura e pessoas que fazem uso problemático de SPA perduram até hoje.

Após uma breve explanação sobre as mudanças na política de saúde mental brasileira e de elencar o CAPS como principal dispositivo dentro da RAPS para a demanda de saúde mental e AD, o próximo capítulo discorrerá sobre o trabalho do serviço social e o projeto ético-político da profissão.

3 O TRABALHO E O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL

Iniciamos este capítulo apresentando o conceito de trabalho e porque essa categoria é de extrema relevância para o serviço social. A partir dessa concepção, serão explicitados alguns pontos que foram fundamentais para a construção de uma identidade profissional e de um projeto ético-político consistente, que compreende as relações de trabalho e da sociedade de uma maneira singular, mas que também resiste às configurações neoconservadoras dentro da profissão no sistema capitalista. Em seguida, será brevemente abordada a temática do trabalho de assistentes sociais e feitos alguns apontamentos sobre os movimentos de Reforma Psiquiátrica e Antiproibicionista, o CAPS AD como espaço ocupacional potente para a categoria e, logo após, será feita a demonstração, a partir de uma pesquisa de revisão sistemática, de como vem sendo desenvolvido o trabalho de assistentes sociais nos CAPS AD e quais os desdobramentos desse estudo.

Em relação ao trabalho, Marx (2017, p. 327-328) o conceitua conforme segue:

O trabalho é, antes de tudo, um processo entre o homem e a natureza, processo este em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a natureza. Ele se confronta com a matéria natural como com uma potência natural [Naturmacht]. A fim de se apropriar da matéria natural de uma forma útil para sua própria vida, ele põe em movimento as forças naturais pertencentes a sua corporeidade: seus braços e pernas, cabeça e mãos. Agindo sobre a natureza externa e modificando-a por meio desse movimento, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza. Ele desenvolve as potências que nela jazem latentes e submete o jogo de suas forças a seu próprio domínio. Não se trata, aqui, das primeiras formas instintivas, animais, [tierartig], do trabalho. Um incomensurável intervalo de tempo separa o estágio em que o trabalhador se apresenta no mercado como vendedor de sua própria força de trabalho daquele em que o trabalho humano ainda não se desvincilhou de sua forma instintiva. Pressupomos o trabalho numa forma em que ele diz respeito unicamente ao homem. Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, e uma abelha envergonha muitos arquitetos com a estrutura de sua colmeia. Porém, o que desde o início distingue o pior arquiteto da melhor abelha é o fato de que o primeiro tem a colmeia em sua mente antes de construí-la com a cera. No final do processo de trabalho, chega-se a um resultado que já estava presente na representação do trabalhador no início do processo, portanto, um resultado que já existia idealmente.

Nesse sentido, Marx descreveu a importância do conceito de trabalho na sua gênese. Essa compreensão, aqui trazida de maneira reduzida, é discutida em toda a

obra de Marx de modo minucioso e foi utilizada pela categoria profissional do serviço social para o entendimento tanto das relações de trabalho, sociais e econômicas da sociedade como um todo, como da própria identidade profissional inserida no sistema capitalista. Sobre tal identidade, Iamamoto (2008a) também reforçou que o trabalho faz parte dos processos de trabalho e de suas relações sociais e, diante disso, problematizou o termo prática profissional dos (as) assistentes sociais.

Uma interpretação distinta do exercício profissional, que pode possibilitar à categoria profissional ampliar a transparência na leitura de seu desempenho, é focar o trabalho profissional como partícipe de processos de trabalho que se organizam conforme as exigências econômicas e sociopolíticas do processo de acumulação, moldando-se em função de condições e relações sociais específicas em que se realiza, as quais não são idênticas em todos contextos em que se desenvolve o trabalho do assistente social.

Transitar do foco da prática ao trabalho não é uma mudança de nomenclatura, mas de concepção: o que geralmente é chamado de prática corresponde a um dos elementos constitutivos do processo de trabalho que é o próprio trabalho. Mas para existir trabalho são necessários os meios de trabalho e a matéria-prima ou o objeto sobre o que incide a ação transformadora do trabalho. (IAMAMOTO, 2008a, p. 94-95).

O trabalho é considerado fundamental na vida humana, por isso essa categoria é central para o serviço social. No entanto, a sua relação com o capital, no movimento de valorização, produz a invisibilidade do trabalho e a banalização do humano, combinado com a indiferença das necessidades sociais e dos valores de uso. Aumentam as desigualdades inerentes a essa relação social, as quais são hoje impensáveis sem a ativa intermediação do Estado capitalista e das políticas econômicas e sociais vigentes (IAMAMOTO, 2008a).

Diante disso, Netto (1996, p. 13) destacou que

[...] não há dúvidas em relacionar o aparecimento do Serviço Social com as mazelas próprias à ordem burguesa, com sequelas necessárias dos processos que comparecem na constituição e no evoluir do capitalismo, em especial aqueles concernentes ao binômio industrialização/ urbanização [...].

O surgimento da profissão foi construído para um ajustamento e controle das demandas da classe trabalhadora, a fim de estabelecer um ordenamento societário a favor da propriedade privada e exploração da força de trabalho diante de um sistema

capitalista que se renovava a cada crise, fortalecendo o acúmulo de riqueza de poucos e a pobreza para muitos. Essa discrepância e a complexidade que se coloca através das múltiplas expressões das desigualdades sociais, como o desemprego estrutural, precarização do trabalho, violências nas suas diversas variações, pobreza extrema, racismo, misoginia etc., se apresentam como objeto ou matéria-prima no trabalho de assistentes sociais, nomeada como *questão social*, explicada por Pereira (2001, p. 53-54) como:

[...] a relação entre estrutura e sujeitos, traduzida pelo confronto entre necessidades (engendradas pela contradição fundamental do sistema capitalista) e atores sociais (estrategicamente situados e com poder de pressão para desnudar e esconjurar publicamente as forças subterrâneas que os oprimem). Para tanto, há que existir uma superestrutura minimamente favorável que impescinda tanto da presença de um Estado com capacidade de regular e garantir direitos, quanto a existência de regras democráticas susceptíveis à luta política. Mas é justamente isso que está sendo desmantelado.

O objeto de trabalho dos (as) assistentes sociais está nessa contradição, e para que o exercício da profissão seja capaz de uma transformação efetiva na vida e cotidiano dos sujeitos, tem como fundamental o conhecimento da realidade a nível micro e macrossocietário. Outro ponto importante que faz menção ao objeto de trabalho e à importância de ter essa categoria como central, é trazido por Antunes (2018, p. 25), quando explicita de maneira precisa que:

[...] ao mesmo tempo que se amplia o contingente de trabalhadores e trabalhadoras em escala global, há uma redução imensa dos empregos; aqueles que se mantem empregados presenciam a corrosão dos seus direitos sociais e a erosão de suas conquistas históricas, consequência da lógica destrutiva do capital que, conforme expulsa centenas de homens e mulheres do mundo produtivo (em sentido amplo), recria, nos mais distantes e longínquos espaços, novas modalidades informal, intermitente, precarizado, “flexível”, depauperando ainda mais os níveis de remuneração daqueles que se mantêm trabalhando.

As relações de trabalho no contexto brasileiro têm como herança uma cultura escravocrata, o que potencializa o que o autor chama de “novas modalidades”, e é nessa realidade que assistentes sociais devem se aprofundar, tendo como condicionamento a compreensão dessas relações. Em vista disso, o autor traz como equivocada a tese do “adeus ao trabalho” e trata a contradição da categoria trabalho,

apresentando características de alienação e também de sociabilidade (ANTUNES, 2018).

Com o avanço do capitalismo, o Estado e, por consequência, as políticas sociais foram sofrendo uma série de modificações estruturais, atreladas a privatizações do que era público e que interferiram diretamente nos direitos sociais dos cidadãos. As condições de desigualdades sociais sofridas pela classe trabalhadora provocaram um movimento de renovação na identidade profissional de assistentes sociais, antes atribuída à igreja. Para que a centralidade da categoria trabalho fosse entendida como primordial para o serviço social, Netto (2005a, p. 131) esclarece que houve um movimento importante e processual organizado pelos (as) assistentes sociais:

Entendemos por renovação o conjunto de características novas que, no marco das constrições da autocracia burguesa, o Serviço Social articulou, à base do rearranjo de suas tradições e da assunção do contributo de tendência do pensamento social contemporâneo, procurando investir-se como instituição de natureza profissional dotada de legitimação prática, através de respostas e demandas sociais e da sua sistematização, e de validação teórica, mediante a remissão às teorias e disciplinas sociais.

Netto (2005b) elucida que esse processo histórico teve seu início na Reconceituação Latino-Americana iniciada na década de 1960, diante da crítica internacional ao tradicionalismo profissional, porém, por consequência das ditaduras, tiveram mais de uma década de paralisação.

A partir da década de 1970, diante da ditadura militar e evolução do sistema capitalista, o serviço social brasileiro inicia um processo de mudança das atribuições da categoria profissional e formação acadêmica, de acordo com correntes teóricas baseadas na tradição marxista, o que o autor compreende como “concepções teóricas e metodológicas capazes de propiciar a crítica radical das relações econômicas e sociais vigentes” (NETTO, 2006, p. 12).

Nesse sentido, podemos compreender que houve uma ruptura com as bases positivistas do serviço social e que as lutas da classe trabalhadora também se tornaram dos (as) assistentes sociais. Essas modificações teóricas, metodológicas e políticas qualificaram o projeto profissional do serviço social, que

[...] supõe articular uma dupla dimensão: de um lado as condições macrossocietárias, que estabelecem o terreno sócio-histórico em que se exerce a profissão, seus limites e possibilidades; e, de outro, as

respostas sócio-históricas, ético-políticas e técnicas de agentes profissionais a esse contexto. (IAMAMOTO, 2008b, p. 222).

Ao mesmo tempo em que o projeto ético-político da categoria profissional do serviço social estava em plena articulação, vários aspectos estiveram em questão, que Netto (2006, p. 14) faz referência a “requalificação da prática profissional (graças à acumulação de massa crítica e ao redimensionamento da formação), mas, também e, sobretudo à conquista de direitos cívicos e sociais que acompanhou a restauração democrática na sociedade brasileira”. Porém, Yasbek (2009, p. 15) retrata que nesse mesmo contexto histórico:

[...] nos marcos da reestruturação dos mecanismos de acumulação do capitalismo globalizado, os anos 80 e 90 foram anos adversos para as políticas sociais e se constituíram em terreno particularmente fértil para o avanço da regressão neoliberal que erodiu as bases dos sistemas de proteção social e redirecionou as intervenções do Estado em relação à questão social. Nestes anos, em que as políticas sociais vêm sendo objeto de um processo de reordenamento, subordinado às políticas de estabilização da economia, em que a opção neoliberal na área social passa pelo apelo à filantropia e à solidariedade da sociedade civil e por programas seletivos e focalizados de combate à pobreza no âmbito do Estado (apesar da Constituição de 1988), novas questões se colocam ao Serviço Social, quer do ponto de vista de sua intervenção, quer do ponto de vista da construção de seu corpo de conhecimentos.

Conseqüentemente, a categoria profissional foi instigada para a compreensão e enfrentamento das mudanças no mundo do trabalho e do Estado, demonstrado pelas ameaças constantes das garantias de direitos sociais, diante dos avanços neoconservadores que sustentam o sistema capitalista.

Posto isso, a transformação na identidade profissional e a construção do projeto ético-político do serviço social nortearam a categoria em prol da garantia de direitos da classe trabalhadora, o que foi apresentado por Teixeira e Braz (2009, p. 7-8) como uma ideia estruturada para a identificação dos seus componentes e as bases que o materializam no processo sócio-histórico da profissão. São eles:

- a) o primeiro se relaciona com a explicitação de princípios e valores ético-políticos;
- b) o segundo se refere à matriz teórico-metodológica em que se ancora;

- c) o terceiro emana da crítica radical à ordem social vigente – a da sociedade do capital – que produz e reproduz a miséria ao mesmo tempo em que exhibe uma produção monumental de riquezas;
- d) o quarto se manifesta nas lutas e posicionamentos políticos acumulados pela categoria através de suas formas coletivas de organização política em aliança com os atores mais progressistas da sociedade brasileira.

A partir dos questionamentos e processos de mudança dentro da profissão sobre a formação acadêmica do serviço social, e com base na configuração curricular, na sua finalidade e conteúdo na década de 1980, havendo comprometimento com a transformação da realidade social e luta de classes, as diretrizes curriculares realizadas pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa do Serviço Social (ABEPSS) em 1996, devido a uma série de debates, pesquisas e representatividade de suas entidades nessas pautas, evidenciaram um novo projeto de formação profissional, em consonância com a construção do projeto ético-político apresentado como direcionamento curricular e estruturação teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa para a:

1. Apreensão crítica do processo histórico como totalidade;
2. Investigação sobre a formação histórica e os processos sociais contemporâneos que conformam a sociedade brasileira, no sentido de apreender as particularidades da constituição e desenvolvimento do capitalismo e do Serviço Social no país;
3. Apreensão do significado social da profissão desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade;
4. Apreensão das demandas - consolidadas e emergentes - postas ao Serviço Social via mercado de trabalho, visando formular respostas profissionais que potencializem o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre público e privado;
5. Exercício profissional cumprindo as competências e atribuições previstas na Legislação Profissional em vigor. (BRASIL, 1996, p. 7).

Considerando a importância dos avanços dentro da profissão diante das diretrizes curriculares e da formação de profissionais com o direcionamento do projeto ético-político, podemos compreender que essa transformação foi vital para os (as) assistentes sociais, público-alvo e instituições, haja vista a concretude da realidade social e econômica do Brasil. Netto (2006, p. 16) destaca que o

[...] desempenho ético-político dos assistentes sociais só se potencializará se o corpo profissional articular-se com os segmentos de outras categorias profissionais que compartilham de propostas similares e, notadamente, com os movimentos que se solidarizam com a luta geral dos trabalhadores.

Para Yamamoto (2008b, p. 227):

O que merece destaque é que o projeto profissional não foi construído numa perspectiva meramente corporativa, voltada à autodefesa dos interesses específicos e imediatos desse grupo profissional centrado em si mesmo. Não está exclusivamente voltado para obtenção da legitimidade e status da categoria na sociedade inclusiva – e no mercado de trabalho em particular – de modo a obter vantagens instrumentais (salário, prestígio, reconhecimento de poder no conceito das profissões). Ainda que abarque a defesa das prerrogativas profissionais e dos trabalhadores especializados, o projeto profissional os ultrapassa, porque é histórico e dotado de caráter ético-político, que eleva esse projeto a uma dimensão de universalidade, a qual subordina, ainda que não embace a dimensão técnico-profissional. Isto porque ele estabelece um norte, quanto à forma de operar o trabalho cotidiano, impregnando-o de interesses da coletividade ou da “grande política”, como momento de afirmação da teleologia e da liberdade na práxis social.

Nesse sentido, podemos enfatizar que esse projeto profissional não existe em si mesmo, questiona um sistema complexo, de desigualdades sociais, problematiza os mínimos sociais (sejam eles salários ou políticas nas mais diversas áreas) e direciona as ações profissionais em prol da dignidade humana. Porém, esse projeto está em constante ameaça, o trabalho dos (as) assistentes sociais vivenciam as mesmas questões das demais categorias profissionais, como a diminuição de direitos trabalhistas, precarização dos processos de trabalho e da formação acadêmica em vários níveis, visto que as áreas das ciências humanas e humanas aplicadas são vistas como não prioridade pelo Estado.

Ao mesmo tempo em que o serviço social desenvolveu um projeto profissional consistente, decorrente das lutas da categoria profissional, inclusive na produção do conhecimento, o contexto construído através da ampliação do ensino à distância, de cunho mercadológico, atualmente foi agravado por uma espécie de censura focada nos programas de pós-graduação na área do serviço social. Segundo Mendes e Behring (2020, p. 90):

Sobre o Serviço Social, pertencente à área de Ciências Sociais Aplicadas do CNPq, cujas pesquisas se localizam nas temáticas da política social, das condições de vida e trabalho da população brasileira e no exercício profissional, entre outros temas conexos, o volume de recursos destinado sempre foi insuficiente. Diante dos fatos, a tendência não é mesmo alentadora, considerando que a área

tem sido permanentemente desqualificada e taxada de forma preconceituosa e discriminadora, dentre os domínios “ideológicos”.

A produção do conhecimento do serviço social atravessa tempos difíceis, especificamente por conta dos cortes de bolsa de fomento à pesquisa dentro dos programas de pós-graduação, e também vem modificando as relações e processos de trabalho dentro da academia, onde os/as assistentes sociais docentes sofrem com as contratações terceirizadas, com as aulas online e presenciais, múltiplas atividades (tutoria, orientação etc.), além da produtividade em relação aos projetos de produção textual, artigos, livros e outros.

As mudanças na educação, como modelo dos cursos de ensino à distância, provocaram um distanciamento entre os (as) alunos (as), visto que houve um enfraquecimento ou redução das relações sociais e políticas que se estabeleceriam através do cotidiano, da participação nos diretórios acadêmicos. Conseqüentemente, enfraquece-se também os movimentos estudantis e a participação dos (as) discentes nas decisões pautadas pelas instituições de ensino, lembrando que muitos movimentos sociais importantes no contexto brasileiro tiveram início a partir dos movimentos estudantis.

Como consequência disso, uma questão relacionada ao neoconservadorismo manifestada dentro da categoria pode ser refletida por uma excessiva oferta de instituições de ensino à distância, regulamentadas pelo Ministério da Educação e disponíveis à população para o acesso ao curso de graduação e pós-graduação. Essas instituições, no entanto, não dialogam com o projeto ético-político da profissão. Os fundamentos sócio-históricos do serviço social, as bases das teorias marxistas a favor da luta de classes, de caráter coletivo, contra as diversas fases cíclicas do capitalismo e a leitura da realidade são apresentados aos alunos e alunas dessas instituições de maneira superficial e fragmentada, diversificando e intensificando o trabalho de assistentes sociais em outras correntes teóricas, como é um exemplo o

serviço social clínico¹⁰ e o serviço social libertário¹¹, cujos instrumentos, técnicas e abordagens teóricas não estão de acordo com as competências e atribuições privativas dos (as) assistentes sociais, conforme a Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993, e a Resolução CFESS nº 569, de 25 de março de 2010, que explicita no seu Art. 1º “A realização de terapias não constitui atribuição e competência do assistente social” (CFESS, 2010b).

Netto (2006, p. 6) evidencia que:

[...] a elaboração e a afirmação (ou, se se quiser, a construção e a consolidação) de um projeto profissional deve dar-se com a nítida consciência de que o pluralismo é um elemento factual da vida social e da própria profissão, que deve ser respeitado. Mas este respeito, que não deve ser confundido com uma tolerância liberal para com o ecletismo, não pode inibir a luta de ideias. Pelo contrário, o verdadeiro debate de ideias só pode ter como terreno adequado o pluralismo que, por sua vez, supõe também o respeito às hegemonias legitimamente conquistadas.

Considerando a narrativa acima, o projeto ético-político do serviço social carrega uma espécie de bússola contra-hegemônica, e o objeto de trabalho da profissão deve ser o que move as ações dos (as) assistentes sociais nas diferentes instituições e diante das adversidades impostas por um sistema que massacra os mais pobres e interfere diretamente no cotidiano da população.

¹⁰ “Serviço Social Clínico é definido como uma especialidade da Profissão do Assistente Social. Engloba valores genéricos, princípios éticos, metodologia e prática voltada para a perspectiva pessoa-ambiente. Seus propósitos são: Diagnóstico e tratamento psicossocial, intervindo em situações de crise, exclusão social e danos de qualquer ordem. Intervém nas desordens mentais, emotivas e incapacidades de desenvolvimento. Trabalha na prevenção das disfunções de ordem biopsicossocial, estimulando a disponibilidade dos recursos sociais para a solução dos problemas. O conhecimento de prática incorpora teorias biológicas, psicológicas, e de desenvolvimento social. Inclui sem limitações o entendimento do comportamento humano, da psicopatologia, e da diversidade humana, relacionamentos interpessoais, dinâmica familiar, desordens mentais, tensão, dependência química, violência interpessoal, consequências de doenças, impacto físico, social, ambiental, cultural, cognitivo; afetivo e de manifestações comportamentais dos processos conscientes e inconscientes. Nas intervenções clínicas do Assistente Social estão incluídos a avaliação e diagnósticos, intervenção psicossocial em situações de crise, intervenções psico-educacionais, psicoterapias breves e em longo prazo” (CFESS, 2008, p. 8).

¹¹ “Surge um movimento chamado ‘Serviço Social Libertário’, que se articula através das redes sociais desde 2016, afirmando a defesa de ideias liberais e a necessidade de uma reformulação da profissão que se desvincule de um projeto classista ‘de orientação comunista’, tendo por base o documento intitulado ‘As 23 teses pela reforma do Serviço Social Brasileiro’ (OLIVEIRA, 2017). Esse documento tem como autor o professor Edson Marques de Oliveira, associado do curso de Serviço Social da UNIOESTE (Universidade Estadual do Oeste do Paraná), campus Toledo. Algumas das temáticas de sua atuação são: empreendedorismo social, serviço social, responsabilidade social empresarial e administração de recursos humanos, formação em Serviço Social EaD, *coaching* de vida, etc.” (SANTOS et al., 2019, p. 743).

Portanto, para concluirmos a primeira parte deste capítulo, destacamos o 8º princípio fundamental do código de ética profissional (BRASIL, [1993] 2019a), que descreve como a categoria deve tomar partido pela “[...] opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero”. A seguir serão abordados alguns pontos relacionados ao trabalho de assistentes sociais e às lutas antimanicomial e antiproibicionista.

3.1 O TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS: RELAÇÃO COM AS LUTAS ANTIMANICOMIAL E ANTIPROIBICIONISTA

Iniciaremos este subcapítulo com o 1º princípio fundamental do código de ética profissional do serviço social (BRASIL, 2019a), que aborda “[...] o reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes – autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais”. Ao analisarmos essa referência e os demais documentos constitucionais que regem a profissão, entendemos que o posicionamento do serviço social está alinhado com o projeto da Reforma Psiquiátrica desde o seu princípio, visto que tal projeto prevê o cuidado em liberdade, a partir das lutas dos movimentos antimanicomial e antiproibicionista, contra a guerra às drogas, por uma sociedade com acesso à saúde de qualidade e exercício da cidadania. De acordo com Augusto Bisneto (2009, p. 35-36):

[...] O Movimento da reforma Psiquiátrica entre nós ainda carrega teorias que sustentam aspectos institucionalistas ou marxistas: o debate da mediação institucional na prática psiquiátrica, tanto no sentido da discussão da legitimidade de seus fins, quanto da prática em estabelecimentos; que as práticas psiquiátricas não podem ser analisadas tão-somente pelo enfoque de um saber científico, mas também pelos seus efeitos políticos e interesses econômicos; e que a luta social embutida no fenômeno da loucura também é uma contrafação das lutas de classes e expressão da dinâmica do capitalismo.

Esse processo político e social profundo da Reforma Psiquiátrica brasileira, englobando as lutas antimanicomial e antiproibicionista, vai além das legislações e abarca uma série de conflitos e contradições. Essas questões a que o autor faz referência, a autoridade da categoria médica no campo da psiquiatria frente aos espaços institucionais e suas relações econômicas e políticas, são desafiadoras para

as categorias profissionais nos serviços de saúde mental e AD. E, apesar de todo o avanço diante do reconhecimento do trabalho multiprofissional para que os aspectos biopsicossociais sejam considerados, podemos apontar um elemento bastante concreto, que é a diferença salarial da categoria médica quando comparada às demais profissões, o que propicia e determina uma valorização para um específico grupo de trabalhadores.

O serviço social acompanha a evolução da Reforma Psiquiátrica e as lutas antimanicomial e antiproibicionista e adentra os serviços de saúde mental e AD para realizar um trabalho que possa acolher as diferentes questões da classe trabalhadora, mediando e sensibilizando as demais categorias para que não só as demandas imediatas e do ponto de vista biomédico sejam atendidas, mas havendo também uma compreensão da totalidade das expressões da questão social que se apresentam nos acompanhamentos com os (as) usuários (as).

Posto isso, iremos apresentar algumas produções realizadas pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), que, conforme o Art. 7º da Lei nº 8.662/1993 é, em conjunto com Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS), “[...] uma entidade com personalidade jurídica e forma federativa, com o objetivo básico de disciplinar e defender o exercício da profissão de Assistente Social em todo o território nacional” (BRASIL, 1993). O CFESS e os CRESS realizam debates sobre múltiplas temáticas, havendo um direcionamento técnico desses órgãos a fim de orientar a categoria no cotidiano do seu trabalho. Sobre o debate da Reforma Psiquiátrica e a aproximação da categoria profissional do serviço social com as lutas antimanicomial e antiproibicionista, serão mencionados abaixo alguns títulos dessas produções realizadas pelo CFESS/CRESS. Alguns desses conteúdos serão mencionados no próximo item deste capítulo.

Quadro 1 – Produção do conjunto CFESS-CRESS (2003-2019) relacionada à temática da Reforma Psiquiátrica, lutas antimanicomial e antiproibicionista

ANO	DOCUMENTO	TÍTULO
2011	CFESS Manifesta	Dia Mundial da Saúde Mental/ Somos sujeitos de direitos
2011	CFESS Manifesta	Dia Internacional de combate às drogas/ O debate contemporâneo sobre os usos de drogas
2012	CFESS Manifesta	Dia Internacional de combate às drogas/ Violência e autoritarismo do estado não resolvem
2013	CFESS Manifesta	Dia Internacional contra o Abuso e Tráfico Ilícito de Drogas/ Proibir e trancar não resolve
2016	Série: Assistente Social no combate ao preconceito.	O estigma do uso de drogas
2017	CFESS Manifesta	‘Cracolândia’? O que o serviço social tem a ver com isso?
2018	CFESS Manifesta	O serviço social e o direito à convivência familiar e comunitária
2019	CFESS Manifesta	Dia nacional da Luta Antimanicomial/ Saúde Não se vende, loucura não se vende
2019	Nota Técnica sobre a Lei nº 13.840/ 2019	As implicações das alterações na Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras drogas para o exercício profissional dos assistentes sociais no Brasil
2019	Nota de repúdio à retirada da participação popular do CONAD	Decreto do governo excluiu as vagas destinadas a especialistas e integrantes da sociedade civil no Conselho de Políticas sobre Drogas

Fonte: Autora (2021).

Essas produções são apenas uma pequena parte das discussões do serviço social sobre essa temática. Outras organizações, movimentos sociais e as pesquisas realizadas pelos diversos cursos de graduação e pós-graduação do serviço social no país também colaboram ativamente na perspectiva de expor a realidade estudada e debates importantes sobre o posicionamento da categoria profissional nesse sentido.

Entende-se que o Conselho Federal de Serviço Social vem dialogando com os profissionais a fim de direcionar o trabalho de assistentes sociais na perspectiva do projeto ético-político e a partir desses documentos podemos considerar qual a orientação que o CFESS tem manifestado no que tange ao movimento histórico

relacionado ao debate contemporâneo sobre as lutas antimanicomial e antiproibicionista na realidade brasileira. Esse debate tem profunda relação com a questão social, que segundo Yamamoto (2008a, p. 27):

Apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum; a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade.

Considera-se que os (as) assistentes sociais corroboram para essa produção social que a autora descreve, vendendo sua força de trabalho nos diferentes espaços ocupacionais, e que as relações sociais e de trabalho movimentam os profissionais e suas ações. Diante disso, há algumas correntes e ações do serviço social que têm exposto um trabalho que se desvincula do projeto ético-político, seguindo perspectivas neoconservadoras e retomando um modelo que não considera a *questão social* como objeto de trabalho, numa concepção individual, terapêutica e psicologizante, como a metodologia clássica de caso, grupo e comunidade.

Levando em conta essas orientações e tendo a compreensão que o (a) assistente social irá realizar um trabalho refletido pelas expressões da questão social, nas mais diversas instituições, Guerra (2012, p. 41) analisa o cotidiano como uma categoria importante e pontua:

Pela forma de inserção socioprofissional na divisão social e técnica do trabalho, o espaço reservado ao Serviço Social, como um ramo de especialização do trabalho coletivo, é o de dar respostas, buscar prontamente soluções à pluralidade de questões que lhes são colocadas, para o que necessita de fundamentos teórico-metodológicos, conhecimentos e saberes interventivos, habilidades técnico-profissionais, procedimentos teórico-metodológicos de uma perspectiva ética com clara orientação estratégica. É a sua inserção na divisão social e técnica do trabalho da sociedade capitalista, sua localização na estrutura sócio-ocupacional e a sua funcionalidade na sociedade burguesa, construída no espaço de mediação entre classes e Estado, que atribui à intervenção um caráter político.

Há de se considerar que o trabalho do (a) assistente social deve estar atrelado ao movimento do real, levando em conta as mediações necessárias na compreensão das expressões resultantes das desigualdades sociais no nível micro e macrossocietário e suas contradições, para, assim, intervir a partir dessa dinâmica.

Daí a importância de um posicionamento fundamentado e coerente com o projeto profissional do serviço social, movimento esse de resistência, que compreende os sujeitos na sua coletividade, sem desconsiderar a individualidade e a favor da vida, que vai de encontro ao ideário neoliberal, do estado penal, conservador e autoritário.

Um dos exemplos dessa movimentação do real se dá a partir da regulamentação da Reforma Psiquiátrica brasileira – após uma longa jornada de lutas pelos movimentos sociais e várias instâncias pertencentes a essa temática –, implementada pela Lei nº 10.216/2001, citada no primeiro capítulo desta dissertação, e de normativas como a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, instaurada em 2003, e a Portaria nº 3088/2011, que instituiu a RAPS. Por meio de tais políticas e legislações, o cuidado aos usuários de SPA, vinculado às políticas de saúde mental/drogas e em conjunto com a Reforma Psiquiátrica brasileira, apresentou uma ação concreta do governo brasileiro em direção a uma linha de cuidado especializada, de assistência em liberdade, sob a lógica da RD, em serviços de base comunitária, como os CAPS AD. Assim, “[...] esta política também incide sobre uma agenda mais ampla, de garantia e restituição de direitos a pessoas historicamente estigmatizadas e sujeitas a criminalização, interdição e exclusão” (SANTOS; PIRES, 2021, p. 120).

Em contrapartida, principalmente após a destituição da ex-presidenta Dilma, a Lei nº 10.216/2001, a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, entre outras, estão sendo severamente modificadas e atacadas. Os espaços ocupacionais, como os CAPS AD, não são mais vistos como prioridade no cuidado em saúde de usuários de psicoativos, assim como não o são os próprios trabalhadores, dadas as reformas que desqualificam os diretos trabalhistas, incluindo aqui os dos (as) assistentes sociais. Silva (2015, p. 118) faz menção ao exercício da profissão diante da concretude e aponta que:

[...] para os que se identificam com o que se convencionou denominar Projeto Ético-Político Profissional, edificado ao longo dos anos 1980 e 1990, cabe uma dupla tarefa contraditória nos dias atuais: afirmar e defender direitos em uma sociedade que os restringe continuamente, tendo a clareza de que essa empreitada não realizará as tarefas grandiosas de superação da ordem do capital (e esse é um aspecto importante, embora pareça óbvio imediatamente). A defesa de direitos hoje se identifica, necessariamente, com uma orientação anticapitalista [...].

A dupla tarefa contraditória trazida pelo autor revela que o trabalho de assistentes sociais na RAPS relacionado ao uso de drogas e toda sua complexidade, convida os (as) assistentes a progredirem e se respaldarem como categoria profissional, construindo um norte embasado por conceitos éticos e que vislumbrem a garantia de direitos dos (as) usuários (as). Vale destacar que a adoção do termo “usos de drogas”, no plural, não é por acaso. Assim sendo, é preciso conhecer as determinações (objetivas e subjetivas) que levam ao uso de drogas, a diferença entre as várias drogas em face dos danos sociais e de saúde, o contexto cultural de uso e, principalmente, a multiplicidade de padrões de consumo e de motivações na relação que o indivíduo social estabelece com a droga, o que nos autoriza a tratar o consumo na sua diversidade (CFESS, 2011a). Podemos elencar que esse tema, diante da

[...] ruptura com o proibicionismo às drogas foi protagonizado na produção teórica em Serviço Social. Talvez pelo fato, da crítica teórica permitir vislumbrar as determinações centrais que produzem a “questão das drogas” e os danos sociais decorrentes: os psicoativos como mercadoria e a proibição como produtora do mercado ilegal e da ação repressiva do Estado. (ALBUQUERQUE, 2018, p. 244).

O proibicionismo orientado pelo modelo da guerra às drogas norte americano, que se faz presente nas normativas e também no ideário da sociedade brasileira, não diminuiu a oferta e procura por SPA, só aumentou o narcotráfico e as múltiplas violências que são relacionadas aos territórios ditos violentos, contribuindo com a expansão do modo de produção capitalista. Scherer (2018, p. 262) retrata que:

É necessário considerar que a dinâmica espacial do capital – que tem como pressuposto a perspectiva da segregação de grupos sociais – tende a contribuir com o fenômeno do juvenicídio: isto é, com a produção de vidas descartáveis. Tal produção implica a construção social acionada por meio dos múltiplos poderes hegemônicos burgueses, que tendem a construir socialmente a visão de “sujeitos perigosos” moradores de “determinados territórios” que necessitam serem descartados em nome do “bem comum”. É nesse ponto de interseção que se relacionam concepções conservadoras com ideários neoliberais, que criam socialmente a ideia do sujeito perigoso, ao mesmo tempo que geram ausências de políticas públicas, ampliando a precarização da vida de determinados segmentos, a fim de ampliar a acumulação de capital de uma minoria.

O autor aborda uma questão ampla e imprescindível para o conhecimento dos (as) assistentes sociais que trabalham ou irão trabalhar com a temática AD, pois,

diante da crise estrutural do capital, algumas medidas que violam os direitos humanos, como a criminalização da pobreza, são permitidas e refletem altos índices de mortalidade da juventude e de determinados segmentos por serem pertencentes a territórios periféricos. Porém, esses mesmos territórios sofrem diante da falta de investimentos básicos em diversas áreas, constatando-se que o desenvolvimento do capital se fortalece.

Ampliam-se, ao mesmo tempo, as fissuras e contradições entre as classes e o espectro de suas lutas, acrescidas de disparidades de gênero, geração, etnias, regiões e meio ambiente, que, enraizadas nas particularidades nacionais, impõe novas determinações históricas à produção e reprodução das relações sociais. (IAMAMOTO, 2008b, p. 53-54).

Essa confirmação, diante das mediações relacionadas às diversas expressões da questão social, evidencia as ações violentas e arbitrárias por parte do Estado, mais precisamente da segurança pública para com as pessoas em situação de rua, usuários (as) de psicoativos e os territórios que convivem com o tráfico de drogas. Mas também traz a compreensão de que as demandas relacionadas a esse tema estão vinculadas ao projeto profissional do serviço social, que impõe posicionamentos de valor, como os princípios do código de ética, e respostas que ultrapassem o imediatismo, a fragmentação e o senso comum que se apresenta no cotidiano da atuação profissional (CFESS, 2012).

Esses desafios relatados acima se estendem aos trabalhadores do CAPS AD, onde os (as) assistentes sociais estão inseridos. Assim, essa profissão é fundamental para o atendimento das mais complexas expressões das desigualdades sociais vivenciadas pelos (as) usuários (as) atendidos (as) nesse espaço sócio-ocupacional. E tal serviço simboliza um espaço de resistência na RAPS, da luta antimanicomial e antiproibicionista, diante das várias modificações impostas pelo sistema capitalista.

O CAPS AD possui uma normativa que direciona a ação dos (as) assistentes sociais, que diz respeito “à posição estratégica dos Centros de Atenção Psicossocial como articuladores da rede de atenção de saúde mental em seu território, é, por excelência, promotora de autonomia, já que articula os recursos existentes em variadas redes: sócio-sanitárias, jurídicas, sociais e educacionais, entre outras” (BRASIL, 2005a, p. 31).

Assim, tem como tarefa a reabilitação psicossocial, pressupondo a reinserção social, para a qual se exige uma articulação ampla, desenhada com variados componentes ou recursos da assistência, para a promoção da vida comunitária e da autonomia dos (as) usuários (as) dos serviços. Porém essa tarefa não se sustenta sozinha, são necessárias ações pensadas em conjunto com a equipe, gestão, usuários (as) e familiares do CAPS AD, rede comunitária e a rede intersetorial, a fim de garantir uma atenção integral em saúde.

Tratando-se do trabalho do assistente social no CAPS AD, as ações para com os usuários (as) devem estabelecer vinculações com as atribuições da categoria profissional, conforme Lei nº 8.662/1993, considerando a ação interdisciplinar, mas também revisitar os princípios do código de ética profissional, refletir e executar sobre as ações individuais e coletivas em prol de uma mudança com repercussão que se estendam até a família e comunidade.

A seguir será descrito o percurso metodológico do trabalho, realizado através de revisão sistemática e análises das entrevistas, conforme o critério de inclusão das produções acadêmicas.

3.2 REVISÃO SISTEMÁTICA: ANÁLISES DAS ENTREVISTAS E O TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS NO CAPS AD

A partir da escolha da revisão sistemática como metodologia – entendida como inovadora diante do uso de outros métodos utilizados na produção do conhecimento realizado pelo serviço social –, será apresentada uma técnica chamada de metassíntese qualitativa, em que os seguintes procedimentos da teoria fundamentada serão seguidos: coleta de dados, codificação e redação da teoria, estes já conceituados no primeiro capítulo desta dissertação.

A coleta de dados foi realizada com base no seguinte problema de pesquisa: *como está sendo desenvolvido o trabalho de assistentes sociais nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) a partir das produções acadêmicas no âmbito dos programas de pós-graduação em serviço social?*

Diante disso, foi realizada uma investigação minuciosa no banco de dados da CAPES, onde alguns critérios de inclusão e exclusão foram estipulados (já descritos no subcapítulo “1.1 Processos metodológicos”). Tem-se como objetivo geral: *analisar o trabalho de assistentes sociais desenvolvido nos Centros de Atenção Psicossocial*

Álcool e Drogas (CAPS AD) a partir das produções acadêmicas no âmbito dos programas de pós-graduação em serviço social, a fim de contribuir para a qualificação do trabalho de assistentes sociais e dos serviços. E como objetivos específicos: apontar desafios e potencialidades no trabalho de assistentes sociais desenvolvidos no CAPS AD, a partir das entrevistas das produções acadêmicas analisadas; identificar elementos da análise de conjuntura que se destacam nas entrevistas das produções acadêmicas estudadas, referentes ao trabalho de assistentes sociais; e verificar nas entrevistas das produções acadêmicas se o trabalho de assistentes sociais no CAPS AD apresenta articulação com o projeto ético-político da profissão.

Dentre os critérios de inclusão, sete produções acadêmicas no âmbito da pós-graduação em serviço social foram selecionadas: uma tese de doutorado e seis dissertações de mestrado. Conforme o quadro abaixo, as produções acadêmicas versam sobre o trabalho de assistentes sociais nos CAPS AD. Nos quais se pretende analisar somente os dados secundários, focado nas entrevistas de assistentes sociais:

Quadro 2 – Produções Acadêmicas Selecionadas (2003-2019)

Nº	ANO/ PRODUÇÃO	AUTORIA	TÍTULO	PPGSS	MÉTODO	OBJETIVOS
1	2010/ Dissertação de Mestrado	ESPÍNDOLA, Luciana Ferreira Gomes	Redução de Danos: Uma análise da prática profissional das assistentes sociais nos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas – CAPS-AD	Universidade Federal de Pernambuco - UFPE	A pesquisa foi realizada utilizando a análise qualitativa dos dados obtidos através de levantamento bibliográfico, observação participativa, análise documental e entrevistas semi-estruturadas.	Compreender o entendimento dos assistentes sociais acerca da proposta de RD e sua contribuição para a implementação da mesma nos CAPS-AD, dentro dos princípios do projeto ético-político do serviço social.
2	2011/ Dissertação de Mestrado	PEREIRA, Jaira Alana Claro	O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: Um assunto acerca das demandas, competências e dificuldades profissionais nos CAPS à luz da	Universidade Federal da Paraíba	Materialismo Histórico e dialético crítico, através de estudo de caso de cunho quantitativo. Como técnica de coleta de dados, foi realizada pesquisa bibliográfica como forma de e a	Analisar o universo das demandas profissionais que a política da Saúde Mental tem posto aos assistentes sociais no cotidiano dos Centros de Atenção Psicossociais – CAPS assim como suas competências

			Reforma Psiquiátrica		aplicação de questionários com roteiro de entrevista semiestruturada, o estudo destacou as competências profissionais de assistentes sociais na instituição.	profissionais, identificando os instrumentos técnico-operativos utilizados no exercício da prática profissional e as dificuldades da atuação postas aos assistentes sociais no cotidiano da prática.
3	2011/ Dissertação de Mestrado	TUON, Regina Esther de Araújo Celeguim	“A inserção e atuação do Assistente Social nos Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas – CAPSad”	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo	Pesquisa qualitativa que tem como recurso metodológico a análise de temática. Instrumento de pesquisa: entrevista semi-estruturada. As entrevistas foram aplicadas e gravadas.	Analisar a inserção e atuação do Assistente Social no Centro de Atenção Psicossocial para o álcool e outras drogas - CAPSad,
4	2015/ Dissertação de Mestrado	LANDIM, Eveline de Sousa	Intervenções da Política de Saúde Mental para usuários de substâncias psicoativas: Das políticas e práticas cotidianas	Universidade Estadual do Ceará	Pesquisa Qualitativa, através do levantamento da produção científica literária, e documental, sobre a temática em discussão; a fase de campo, onde foram aplicadas as entrevistas; e, por fim, a fase de análise e tratamento do material empírico e documental.	Discutir a Política de Saúde Mental do município de Fortaleza destinada aos usuários de substâncias psicoativas através da compreensão dos profissionais de serviço social.
5	2017/ Dissertação de Mestrado	PINHEIRO, Samya Katiane Martins	A FUNÇÃO SOCIAL DAS “DROGAS” NO CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO: Uma análise do serviço social nos CAPS AD de Natal/ RN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte	O estudo é fundamentado no método materialista histórico-dialético e a pesquisa se dá através de análise documental das Portarias do Ministério da Saúde que regulamentem os CAPS AD e as	Analisar as demandas, desafios e estratégias de ação das/os assistentes sociais nas instituições públicas de saúde mental, de atendimento a usuários (as) dependentes de substâncias psicoativas.

					Políticas Públicas sobre Drogas, e entrevista semiestruturada com assistentes sociais dos CAPS AD de Natal/RN	
6	2018/ Dissertação de Mestrado	VIEIRA, Elizabete Vitorino	serviço social e atuais tendências do exercício profissional na saúde mental em João Pessoa/ PB	Universidade Federal da Paraíba	Caracteriza-se como um estudo de abordagem quali-quantitativa, de tipo exploratório e de campo associado a uma análise bibliográfica.	Analisar o exercício profissional de assistentes sociais nos serviços de saúde mental localizados no município de João Pessoa/PB, de modo a revelar a ocorrência do sincretismo.
7	2019/ Tese de Doutorado	SILVA, Sílvia Moreira da	O trabalho nos Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS-AD) nos municípios de Santo André e Diadema (SP): Desafios para atuação profissional	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo	Pesquisa bibliográfica documental e pesquisa empírica orientada pela abordagem qualitativa, com entrevistas semiestruturadas.	Analisar o trabalho dos assistentes sociais e de outros profissionais, nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial-RAPS, especificamente, nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas-CAPS-AD dos municípios de Diadema e Santo André de São Paulo.

Fonte: Autora (2021).

Diante da exposição do quadro acima, será realizado o processo de codificação da teoria fundamentada, no qual as entrevistas das seis dissertações de mestrado e uma tese de doutorado serão estudadas, levando em consideração as questões abaixo, previamente elaboradas para análise documental:

- a) Quais os desafios e potencialidades no trabalho dos (as) assistentes sociais desenvolvido no CAPS AD?
- b) Quais os elementos da análise de conjuntura que se destacam nas produções acadêmicas referentes ao trabalho dos (as) assistentes sociais?
- c) Existe articulação com o projeto ético-político da profissão nas produções que discutem o tema?

As primeiras observações realizadas pela autora da dissertação ainda no processo de coleta de dados pontuam que as produções acadêmicas excluídas abordam a temática das drogas, e que as únicas que tratam do trabalho do (a) assistente social no CAPS AD se apresentam conforme o quadro acima. Dessa maneira, podemos considerar que uma grande parcela dos (as) pesquisadores (as) que se identificam com a pesquisa sobre drogas, não analisa o próprio trabalho da categoria nesse campo específico, o que é fundamental para a qualificação e organização do trabalho de assistentes sociais nos CAPS AD e melhoria dos serviços prestados para a população.

Também foi verificado que, das sete produções acadêmicas que entraram no corpus, cinco pertencem à região nordeste, e as outras duas à região sudeste.

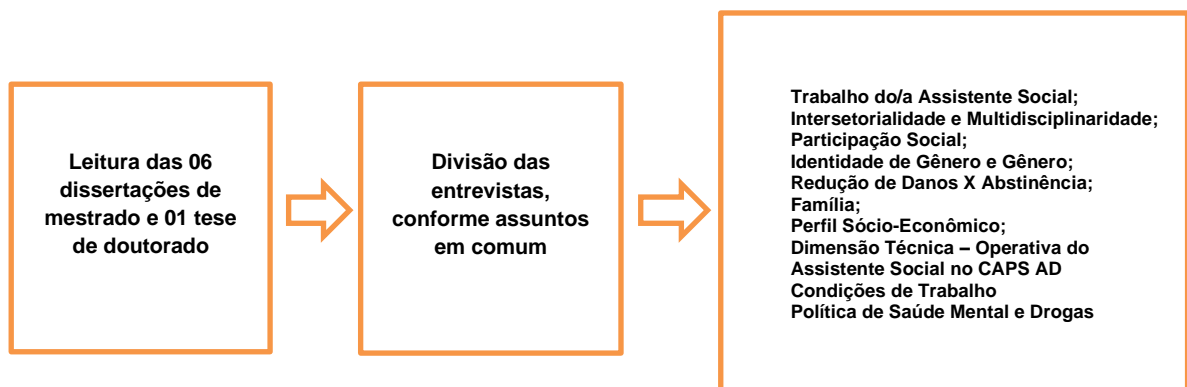
Em relação à tipificação das universidades:

- a) Universidades federais: 4 produções;
- b) Universidades estaduais: 1 produção;
- c) Universidades privadas: 2 produções;

Portanto, sabemos que não estão sendo realizadas produções acadêmicas pesquisadas no âmbito dos programas de pós-graduação em serviço social sobre o trabalho de assistentes sociais nos CAPS AD nas demais regiões brasileiras.

Conforme a metodologia da metassíntese qualitativa e técnica da teoria fundamentada, ocorreu a sistematização do processo de codificação aberta dos dados, que foi dividido em três etapas, conforme o fluxograma abaixo:

Figura 2 – Fluxograma do processo de codificação dos dados secundários



Sobre a identificação dos dados secundários (entrevistas), ficou estabelecida a diferenciação pelo último sobrenome e ano de autoria (conforme normas da ABNT), segundo os dados originais de cada entrevistada/o. São elas as autoras: Espíndola (2010), Pereira (2011), Tuon (2011), Landim (2015), Pinheiro (2017), Vieira (2018) e Silva (2019).

Após a leitura detalhada das produções acadêmicas selecionadas na coleta de dados, o passo seguinte classificou todas as entrevistas realizadas pelas autoras e agrupou-as conforme seus assuntos, de modo a contemplar o objetivo geral e os específicos desta dissertação de mestrado. Com isso, 10 assuntos foram evidenciados, conforme demonstrado na figura acima, e passarão por um novo processo, chamado de codificação axial. A seguir, as temáticas serão organizadas e analisadas individualmente conforme a metodologia proposta por esta pesquisa.

3.2.1 Trabalho do (a) assistente social

Com base no processo de identificação dos assuntos em comum das entrevistas, o trabalho de assistentes sociais no CAPS AD perpassa em todas as temáticas encontradas. Porém, analisando as entrevistas a seguir, podemos destacar algumas falas que refletem aspectos para um debate importante. Tuon (2011, p. 65) apresenta: “Eu tenho claro qual é o meu papel como Assistente Social, mas algumas pessoas não têm. Essas pessoas acham que o Assistente Social tem de dar ‘ajuda’, ‘uma forcinha’. Frente a isso nós nos colocamos Sujeito1”.

Os (as) participantes da pesquisa de Pinheiro (2017) demonstraram que o trabalho do (a) assistente social expõe certa ambiguidade para a equipe e usuários (as) do CAPS AD, onde são reforçados aspectos vinculados ao assistencialismo.

As duas descrições acima exemplificam o desafio da categoria profissional de ter sido, como retrata Martinelli (2008, p. 156):

Uma profissão que nasce articulada com um projeto de hegemonia do poder burguês como uma importante estratégia de controle social, como uma ilusão de servir, para, justamente com muitas outras ilusões criadas pelo capitalismo, garantir-lhe a efetividade e a permanência histórica.

Do mesmo modo, Augusto Bisneto (2009) relata que no governo da ditadura militar no fim dos anos de 1960, houve a convocação do trabalho dos (as) assistentes sociais na saúde mental, não para dar conta da loucura, pois esta já era controlada pela psiquiatria, mas para atender:

[...] a pobreza, o abandono, a miséria, que saltavam a vista e que geravam contestações da sociedade, principalmente após a incorporação do atendimento aos trabalhadores e seus dependentes na rede previdenciária de assistência mental. O assistente social veio para “viabilizar” o sistema manicomial no seu ponto mais problemático. O Serviço Social foi demandado pelo Estado ditatorial como executor terminal de políticas sociais na área da Saúde Mental, repetindo sua contradição histórica, de uma demanda pelas elites para atender aos necessitados. (AUGUSTO BISNETO, 2009, p. 25).

Diante do exposto, os (as) usuários (as) de SPA atendidos por essas instituições nesse tempo histórico, equiparavam-se a “um ser não produtivo”, ficando a margem da sociedade, ou seja, foram excluídos duplamente, devido a práticas repressivas da polícia ou dentro dos manicômios, pois não ofereciam sua força de trabalho diante do modo de produção capitalista que se desenhava na ditadura militar.

As abordagens acima retratam como o serviço social foi se constituindo ao longo do tempo, de maneira a avaliar seu trabalho e problematizar as ações em todos os campos de atuação, o que, conforme Iamamoto (2008b, p. 223),

[...] tornou possível e impôs como necessário um amplo movimento de renovação crítica do Serviço Social, que derivou em significativas alterações nos campos do ensino, da pesquisa e da organização político-corporativa dos assistentes sociais. Por meio dessa renovação, buscava-se assegurar a contemporaneidade do Serviço Social, sua conciliação com a história presente, afirmando-o como capaz de decifrar a sociedade brasileira e, nela, a profissão, de modo a construir respostas que possibilitassem ao Serviço Social confirmar-se como necessário no espaço e tempo dessa sociedade.

Porém, do ponto de vista do trabalho de assistentes sociais no CAPS AD e das/os entrevistadas/os por Espindola (2010), Pereira (2011) e Vieira (2018), foram apontadas outras circunstâncias que demonstraram uma disputa entre a categoria do serviço social e as demandas institucionais que centralizam as suas atividades em trabalhos de cunho terapêuticos (escutas, grupos e oficinas). Segundo Espindola (2010, p. 106):

No CAPS-AD a escuta é muito mais da afetividade. É a família que chega desesperada porque o filho tocou fogo na casa, e a mãe quer que a gente bote o filho internado... e aí é isso. Como tem uma rede que não atende lá fora toda a necessidade que existe, você acaba fazendo uma escuta de um outro patamar que eu não sei se é psicológico, se é de terapeuta ocupacional, se é de Serviço Social, realmente não sei. Mas certamente não é o que eu aprendi da faculdade (F1).

Assim sendo, compreende-se que há uma predisposição à hegemonia¹² dos saberes *psi*; essa, segundo Robaina (2010), reforçada na própria nomenclatura do serviço, nas atividades e no ordenador do cuidado, como: Centro de Atenção Psicossocial, grupos terapêuticos e oficinas terapêuticas, projeto terapêutico singular etc. E na gestão de tais serviços, o planejamento do trabalho evidencia a prevalência da categoria de psicólogos e psiquiatras com formação psicanalítica. Outro ponto relevante identificado por Robaina (2010, p. 344):

[...] é a questão da estratégia de financiamento dos CAPs regulados por procedimentos, com valores desnivelados entre eles, que, no limite, impõem o risco da lógica produtivista, além de forjar uma exigência institucional de priorização de determinadas atividades, como as oficinas terapêuticas, a todos os profissionais. Em consequência, verifica-se um deslizamento do modelo psiquiátrico para um modelo psicológico, que interessa ao recorte neoliberal na medida em que as questões do campo podem ser tratadas como exclusividade da dimensão individual.

A afirmação acima problematiza a questão do atendimento subjetivo dos (as) usuários (as) e/ou familiares, que se apresenta como uma demanda importante e recorrente no serviço, tendo maior evidência, num primeiro momento, as relações com os riscos e danos que foram ou não causados pelo uso de SPA. A direção para atuação do serviço social apresenta-se na *Questão Social*, no qual Iamamoto (2008a, p. 114-115) aponta que:

A questão social é a expressão do processo de produção e reprodução da vida social na sociedade burguesa, da totalidade histórica concreta. A perspectiva de análise da questão social aqui *assumida recusa*

¹² “O conceito de hegemonia é entendido por Gramsci como direção moral e política de uma classe que detém o poder sobre os grupos afins ou aliados, ou seja, sobre todo o conjunto da sociedade. A hegemonia implica, além da ação política, a construção de uma determinada moral, de uma concepção de mundo; refere-se à capacidade de uma classe social unificar, em torno de seu programa político e de seu projeto de sociedade, um bloco de forças não homogêneas, abalizado por contradições no interior da própria classe” (LEITE e ARCOVERDE, 2017, p. 38).

quaisquer reducionismos econômicos, políticos ou ideológicos. Ao contrário, o esforço orienta-se no sentido de captar as dimensões econômicas, políticas e ideológicas dos fenômenos que expressam a questão social, resguardando a fidelidade à história. Em outros termos, apreender o processo social em sua totalidade contraditória, reproduzindo, na esfera da razão, o movimento da realidade em suas dimensões universais, particulares e singulares.

Segundo Iamamoto (2008a), entende-se que o (a) assistente social, nos diferentes espaços ocupacionais, dispõe de *relativa autonomia*, considerando o tipo de organização dos processos de trabalho realizado pela gestão, trabalho em equipe, educação permanente, ações do Estado, tipo de recursos financeiros disponibilizados para o cotidiano do trabalho, estrutura, território, equipamentos sociais e acesso aos mesmos etc.

Considerando os fatos apresentados pelas entrevistas, a análise desta temática traz a questão da relativa autonomia, e que esta deve ser apreendida pela categoria dentro do CAPS AD, a partir das contradições e aspectos conjunturais que se apresentam diante das demandas que reproduzem a hegemonia dos saberes psi.

Da mesma maneira, há uma necessidade constante de reafirmar as atribuições dos (as) assistentes sociais nos CAPS AD, diante dos gestores, equipe multiprofissional e público alvo para superação do conservadorismo dentro e fora da profissão, para assim, reconhecer o lugar da singularidade, como ponto de partida e buscar visualizar a totalidade nos processos sociais dos (as) usuários (as) e das múltiplas expressões da questão social, de forma a planejar um trabalho possível, que estabeleça a coparticipação dos (as) usuários (as) e/ou familiares no cuidado em saúde, numa perspectiva interdisciplinar e intersetorial, potencializando o território, a autonomia e a realidade dos mesmos.

O próximo item traz a intersetorialidade e apontamentos relacionados à equipe multidisciplinar dentro dos CAPS AD.

3.2.2 Intersectorialidade e a multidisciplinaridade

No processo de análise das entrevistas, foram achados os dados da relação entre os CAPS AD com a rede intersectorial. As descrições apresentaram questões relevantes sobre essa temática, o que será explicitado a seguir:

- a) As narrativas das entrevistas de Espíndola (2010) trouxeram que a rede não atende toda a necessidade do (a) usuário (a);
- b) Ponto interessante apresentado nas entrevistas realizadas pela autora Pinheiro (2017) sobre a articulação do CAPS AD e a rede de saúde, foi o preconceito existente por parte dos profissionais, reforçando o estigma e culpabilizando os (as) usuários (as) pela própria dependência de SPA;
- c) Segundo o (a) assistente social entrevistado (a) por Pereira (2011, p. 107):

[...] o cotidiano profissional aqui desse CAPS se articula com a intersetorialidade e com outros programas como NASF, CRAS, CREAS PSF, e esse trabalho com as redes e com outros profissionais né, e acho, essencial pra dar respostas as demandas que nos apresenta (A.S 12).

- d) Da mesma maneira Landim (2015, p. 102) explicitou que:

Há um grupo de direitos sociais, onde a questão do acesso à cidade e à cultura é bem presente. Recentemente, foi colocado um "quadro de oportunidades" na recepção do CAPS, onde são anexados vagas de empregos, de cursos, opções de retorno aos estudos etc. (AS 6).

- e) Já para Vieira (2018, p. 108):

A saúde mental é um espaço consolidado para o Serviço Social, mas que deve ser defendido e reconquistado cotidianamente, nesse sentido a rede que não é organizada como deveria e poderia, influencia de modo que podemos considerar "negativo" no trabalho do Assistente Social. Na medida em que o acesso aos serviços é "restrito" e dificultoso deixando o profissional com a sensação de impotência. (Entrevistada 07).

As descrições das entrevistas sobre a rede intersetorial reportaram elementos fundamentais para que a intersetorialidade ocorra de maneira adequada. A questão relacionada ao estigma sofrido pelos (as) usuários (as) de SPA por parte dos profissionais da rede de atenção à saúde, primeiramente revelou um desafio, o que dificulta o acesso ao atendimento das necessidades da população e a efetividade da rede das mais diferentes políticas públicas.

Na Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2003, p. 35), no item destinado a Promoção e proteção à saúde de consumidores de álcool e outras drogas:

[...] aponta-se a necessidade de potencializar a prevenção institucional, contrária à culpabilização dos sujeitos, oferecendo de fato, subsídios para o enfrentamento da vulnerabilidade das pessoas em geral e especialmente de populações mais vulneráveis, e por conseqüência, com maior probabilidade de exclusão, tais como os usuários de álcool e outras drogas. É necessário se ater a uma posição e a uma visão da saúde que a conceba de forma integral, equânime e justa.

Porém, a nova Política Nacional sobre Drogas, apesar de apresentar no Art. 2, inciso 2.5 a necessidade de: “Tratar sem discriminação as pessoas usuárias ou dependentes de drogas lícitas ou ilícitas” (BRASIL, 2019b), também traz o enfoque da “prevenção, promoção e manutenção da abstinência”, no qual colabora para enrijecer o tema do preconceito e potencializar condutas conservadoras e estigmatizantes por parte da sociedade e também dos profissionais que atendem aos (às) usuários (as) que não têm a pretensão de parar o uso de SPA.

Com o intuito de orientar e estimular a categoria profissional a um entendimento das múltiplas faces do preconceito que ocorrem no cotidiano do trabalho dos (as) assistentes sociais, o CFESS elaborou uma série de temas, como o Caderno 2, da Série: Assistente Social no combate ao preconceito: o estigma do uso de drogas – (CFESS, 2016) que problematiza o uso do termo drogas, trazendo como adequado o uso das palavras “psicoativas e psicotrópicas”, pois se trata de denominar os produtos que agem no Sistema Nervoso Central. O termo drogas é o mais usual, porém soa pejorativo, contribui para a moralização e estigma dos usuários de psicoativos, mas não só, também diferencia o uso do termo drogas como ruim, ilícitas, naturalizando o tratamento desigual, pois “[...] as pessoas que fazem uso de psicoativos lícitos são tratadas como sujeitos de direitos ao passo em que, às/aos usuárias/os de psicoativos ilícitos, é relegada a condição culturalmente condenável de viciadas e drogadas” (CFESS, 2016, p. 9).

Também orienta que os profissionais devem usar o termo usuária/o de psicoativo, no qual se trata de um direcionamento ético e de linguagem técnica, “[...] dizer que uma pessoa é usuária de psicoativo significa reconhecer que esta prática é uma entre as inúmeras práticas, atividades, escolhas, possibilidades e potencialidades daquela pessoa” (CFESS, 2016, p. 10).

Nessa perspectiva, o trabalho do (a) assistente social deve mobilizar a própria equipe dentro dos CAPS AD e na articulação em toda rede intersetorial que atende os

(as) usuários (as) e seus familiares para: “[...] contribuir com a superação de preconceitos e de perspectivas moralizantes, que contribuem para a violação de direitos das/os usuárias/os de psicoativos” (CFESS, 2016, p.13).

Para além da mobilização e articulação com a rede intersetorial nas suas mais diferentes políticas públicas e outros setores que compõem a mesma, a intersetorialidade no contexto brasileiro tem como referência as diretrizes do SUS, porém sinaliza conforme o Capítulo II, Art. 7º, Item II: a “[...] integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990a). Pressupõe uma rede de atenção à saúde integral, vislumbrando o cuidado na sua totalidade.

Diante da organização das políticas públicas e os serviços se configurarem de maneira setorial, essas estruturas são marcadas pela fragmentação, burocratização, duplicidade de ações, endogenia de departamentos, entre outros. Estes entraves estão presentes na realidade institucional dos serviços públicos, desarticulando as demandas da população (MIOTO e SCHÜTZ, 2011).

Porém, é necessário refletir que os serviços que compõem essa rede apresentam alguns limites dentro de cada especificidade, sendo impossível um único setor ser capaz de atender múltiplas demandas da população, o que pontua a importância da intersetorialidade. Mioto e Schütz (2011, p. 5) também assinalaram a intersetorialidade como elemento relevante e um direcionamento possível, no qual:

[...] é evocada por contrapor-se ao aparato setorial que molda as políticas sociais. Com este direcionamento, a intersetorialidade envolve ações integradas de distintos setores, no atendimento da população, cujas necessidades são pensadas a partir de sua realidade concreta, de modo a colocar em pauta as peculiaridades de suas condições de vida.

Para que as necessidades dos (as) usuários (as) de SPA possam ser acolhidas dentro da sua realidade, de maneira exequível, deverá ocorrer um contato entre os profissionais dos diferentes serviços, uma discussão prévia da situação, pontuando quais condutas serão realizadas por cada um, incluindo o (a) próprio (a) usuário (a) nesse processo, e tal diálogo deve ser mantido até que a demanda seja atendida. Segundo Bellini e Faler (2014, p. 30), a intersetorialidade deve considerar

[...] a construção de interfaces e diálogos entre setores e instituições governamentais e não governamentais, as quais, em suas intenções/ações, devem visar ao enfrentamento de problemas sociais complexos e que superam a capacidade das políticas públicas enfrentarem de forma solitária.

Outro ponto que podemos elencar nesta temática diz respeito à integralidade do cuidado em saúde, pois qualquer usuário (a), ao chegar a um CAPS AD, não apresenta uma única e exclusiva demanda. É preciso um atendimento que possibilite visualizar para além do uso abusivo de SPA e mobilizar outros setores que contribuam para a garantia do acesso à saúde como um todo.

Em relação ao campo da saúde mental, Pereira (2020, p. 77) retrata que:

[...] a intersetorialidade adquire importância com a busca pela superação do paradigma hospitalar/manicomial, modelo centralizador e excludente, que tinha como base o isolamento do sujeito em instituições psiquiátricas, que não se articulavam com outros serviços ou setores da sociedade. Com a Reforma Psiquiátrica, os serviços de saúde mental de base comunitária assumem um papel estratégico, assim como outros atores sociais também ganham espaço nesse processo de cuidado e busca pela reinserção social do “louco” na sociedade, como a família, a comunidade, os movimentos sociais, os grupos de apoio e demais recursos disponíveis nos territórios.

Portanto, podemos entender o lugar do CAPS AD na articulação da RAPS, tanto no que se refere à atenção direta visando à promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários (as), quanto na ordenação do cuidado, trabalhando em conjunto com as equipes das RAS, articulando e ativando os recursos existentes em outras redes, assim como nos territórios (BRASIL, 2015c).

Constatamos que a Reforma Psiquiátrica vinha sendo concretizada e que desde a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2010, que abordou o tema intersetorial, houve avanços políticos importantes na área da saúde mental, como a implementação da RAPS em 2011 e um aumento significativo na construção de várias modalidades de CAPS, mesmo considerando a proporção das contradições impostas pelos interesses neoliberais e econômicos.

No entanto, Delgado (2019, p. 2) retrata que:

Este processo foi interrompido a partir de 2016, com medidas tomadas pelo governo Temer e continuadas no governo Bolsonaro (há uma continuidade evidente na área da saúde e de outras políticas sociais entre os dois governos, instaurados a partir de uma ruptura

democrática). A primeira medida é a Emenda Constitucional (EC) 95, que já vem produzindo consequências de desconstrução do Sistema Único de Saúde (SUS) e das políticas intersetoriais (assistência social e educação, principalmente), com impactos imediatos no campo da saúde mental. Os resultados da agenda neoliberal imediatamente impactam a saúde pública e indicadores de bem-estar e qualidade de vida: o desemprego no início de 2016 era cerca de 5,5%, e atingiu 12,5% no primeiro trimestre de Bolsonaro.

Com a destituição da presidenta Dilma em 2016, a EC 95 marca o início de várias ações de sucateamento das políticas sociais, da rede intersetorial e desmonte da Reforma Psiquiátrica de maneira acelerada, mostrando, assim, o real interesse do governo federal. De 2016 a 2019, essas medidas governamentais (Governos Temer/Bolsonaro) têm refletido diretamente no trabalho dos (as) assistentes sociais nos CAPS AD e são identificadas abaixo por Delgado (2019, p. 2-3):

- 1) modificou a PNAB – Política Nacional de Atenção Básica, alterando os parâmetros populacionais e dispensando a obrigatoriedade da presença do agente comunitário de saúde nas equipes de saúde da família, com consequências imediatas de descaracterização e fragilização da atenção básica;
- 2) ampliou o financiamento dos hospitais psiquiátricos, concedendo reajuste acima de 60% no valor das diárias;
- 3) reduziu o cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em proporção ainda imprecisa, uma vez que o Ministério da Saúde deixou de fornecer os dados sobre a rede de serviços de saúde mental;
- 4) ampliou o financiamento para mais 12 mil vagas em Comunidades Terapêuticas;
- 5) restaurou a centralidade do hospital psiquiátrico, em norma já publicada, e recomendou a não utilização da palavra ‘substitutivo’ para designar qualquer serviço de saúde mental (embora seja medida esdrúxula do ponto de vista da gestão, tem uma intenção simbólica clara, de negar a mudança de modelo de atenção);
- 6) recriou o hospital-dia, um arcaísmo assistencial, vinculado aos hospitais psiquiátricos, sem definir sua finalidade, em evidente reforço ao modelo desterritorializado; e
- 7) recriou o ambulatório de especialidade, igualmente sem referência territorial.

Podemos ressaltar ainda que a Nota Técnica nº 11 de 2019 buscou esclarecer as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e as diretrizes da Política Nacional Sobre Drogas (BRASIL, 2019d); no entanto, não dialoga com a Reforma Psiquiátrica brasileira, pois reforça o modelo hospitalocêntrico psiquiátrico, inclusive para internação de crianças e adolescentes, destacando o uso de eletroconvulsoterapia, a separação entre saúde mental e a política de álcool e outras drogas. Nota-se que essa

política passa para a gestão do Ministério do Desenvolvimento Social, censura das estratégias de redução de danos e o apoio às comunidades terapêuticas (DELGADO, 2019).

Contudo, podemos enfatizar que os novos pontos da rede de atenção psicossocial têm interesses distintos da luta antimanicomial e que o trabalho do assistente social dentro do CAPS AD deve seguir alinhado com a perspectiva da Reforma Psiquiátrica, potencializando a intersectorialidade para um cuidado em liberdade, buscando a autonomia e os serviços de base comunitária.

Do ponto de vista das entrevistas supracitadas, o trabalho do (a) assistente social nos CAPS AD revelou que foram realizados encaminhamentos (acesso a rede intersectorial e/ou a democratização das informações sobre a rede), comunicação com outros pontos da rede de serviços, e que em alguma medida, as redes se articulavam entre si e realizavam um cuidado compartilhado.

Porém, também demonstrou uma rede fragilizada, quanto à organização e precariedade na sua estrutura e investimentos por parte do Estado, falta de educação permanente no que diz respeito ao estigma e preconceito direcionado aos (às) usuários (as) de psicoativos, que a própria categoria compreende os aspectos negativos dessa conjuntura no enfrentamento das desigualdades sociais e o não acesso aos direitos dessa população, sem trazer elementos para uma mudança efetiva desse cenário. Diante desses fatos, Bellini e Faler (2014, p. 31) demonstram que:

Esse é o desafio encontrado na precariedade de cada política, frente à complexidade da realidade, mas também é o reconhecimento da potencialidade que cada política assume quando exercido a coparticipação entre os setores responsáveis pelo cuidado dos usuários (as), a fim de garantir o exercício da cidadania aos mesmos.

As ações intersectoriais no CAPS AD devem ser cumpridas de maneira contínua e alinhadas desde a gestão até a equipe, e não focadas em um profissional específico. Podemos citar o exemplo de assistentes sociais serem muito demandados para promover articulações com a rede intersectorial, já que possuem habilidade técnica no que tange às expressões da questão social, e, por consequência, à movimentação das redes de serviços. Essa competência pode contribuir e ser utilizada como pauta para a promoção da educação permanente, trazendo discussões vivenciadas no âmbito do trabalho para todos os trabalhadores, a fim de qualificar a prestação de

serviços, incluindo a intersectorialidade e garantia de acesso a um cuidado integral dos (as) usuários (as) de SPA. Nesse sentido, Bellini e Faler (2014, p. 37) explicitam algumas alternativas por parte dos governantes, onde:

[...] deve incluir a organização das demandas postas pela realidade, o investimento na formação e qualificação profissional, a criação de estratégias para capacitar gestores e trabalhadores das diferentes políticas e com eles planejar possibilidades de intervenção junto à realidade potencializando as políticas sociais e as ações intersectoriais, tendo como produto final a garantia dos direitos sociais.

As abordagens anteriores revelam que intervir na realidade, a partir da intersectorialidade, vem sendo um desafio dadas as interferências governamentais neoliberais, porém, esse é um caminho que vislumbra conquistas de direitos sociais e possibilita a atenção integral dos (as) usuários (as) de SPA, ponto primordial no trabalho de assistentes sociais. Dessa forma, a seguinte fala exemplifica algumas informações relevantes para a análise, Tuon (2011, p. 66):

“Eu acho que o Assistente Social tem um trabalho super importante na equipe que é essa leitura do todo porque, de uma maneira geral, os profissionais não fazem. As doenças têm muitas causas sociais, o papel do Assistente Social é estar levantando que aspecto da vida do paciente está interferindo nisso. É a falta de lazer? É a vulnerabilidade do local onde a paciente mora? É a violência doméstica? É o envolvimento com o tráfico de drogas? Há alguma situação da qual ele não consegue sair? Enfim discutir e encontrar alternativas para essas questões. O Assistente Social tem uma visão mais ampla dessas questões que ultrapassam o ambiente do tratamento. Normalmente o médico, o psicólogo, o terapeuta ocupacional, mantêm o foco do trabalho do paciente na instituição. O Assistente Social além de trabalhar com o paciente na instituição, ele ‘vê’ a vida do paciente fora dali, ultrapassando as fronteiras dele enquanto paciente” Sujeito 6.

A descrição acima compreende a importância do trabalho de assistentes sociais no CAPS AD e parte do pressuposto de que realizar “a leitura do todo” faz menção ao reconhecimento do concreto, dos múltiplos fatores que possibilitam o processo de adoecimento, sendo este objeto de trabalho da categoria. Portanto, os (as) assistentes sociais necessitam recorrer aos determinantes sociais para a atenção à saúde, a fim de ultrapassar o aspecto biomédico e articular ações centralizadas no cuidado dos (as) usuários (as). Para Domisc (2011 *apud* NOGUEIRA, 2011, p. 61):

Por trás dos determinantes imediatos da saúde (educação, habitação, emprego decente, segurança alimentar, proteção social e cuidados universais de saúde) encontram-se os determinantes estruturais mais profundos, incluindo as relações desiguais de poder e o acesso desigual aos recursos e às tomadas de decisão. A ampliação das iniquidades e a discriminação institucionalizada através de eixos de classe, raça, gênero, etnicidade, casta, indigenidade, idade e capacidade/discapacidade contribuem para a impossibilidade de atingir boa saúde. A ação sobre estes determinantes estruturais da saúde é essencial para superar as crises econômica, ambiental, do desenvolvimento e alimentar.

Os determinantes estruturais citados acima dizem respeito a qual tipo de alimentação, educação, trabalho, lazer etc. as pessoas estão tendo acesso, e que essas relações desiguais vão além das questões econômicas, transcorrem em todos os aspectos da vida humana. Uma das alternativas de como compreender essa estrutura desigual e de poder é destacada pelo Movimento Pela Saúde dos Povos (MSP)¹³, que, segundo Baum, Sanders e Narayan (2020), analisa o cenário global e considera que a base das crescentes iniquidades em saúde, nesse paradigma de desenvolvimento, se configura pelo individualismo, antropocentrismo e capitalismo neoliberal.

Essa análise indica que os governos de países de alta renda, em estreita colaboração com empresas transnacionais, estão promovendo políticas neoliberais para administrar a crise contemporânea do capitalismo globalizado em consonância com os interesses da classe capitalista transnacional. Com a ajuda de um conjunto de acordos unilaterais de 'comércio e investimento', essas políticas estão sendo aceitas ou forçadas aos governos dos países de baixa e média renda e suas populações, bem como à maioria nos países de alta renda. As políticas nacionais resultantes, que incluem austeridade fiscal e desregulamentação da atividade econômica, têm consequências de longo alcance para as condições sociais que moldam a saúde das pessoas e também para a abordagem e o financiamento dos cuidados de saúde. O MSP observa que essas políticas estão piorando os determinantes fundamentais da saúde e paralisando progressivamente a infraestrutura de saúde e a prestação de serviços. Elas também estão incentivando os governos nacionais a renunciarem à sua responsabilidade pela saúde pública, enquanto marcam o início da privatização de bens públicos, incluindo serviços

¹³ “O Movimento pela Saúde dos Povos (MSP) é uma rede global formada no ano 2000 e que envolve trabalhadores de saúde, organizações da sociedade civil, redes de temas específicos, acadêmicos, pesquisadores e ativistas de países de baixa, média e alta renda. Sua atividade é realizada localmente através de círculos nacionais e globalmente através de uma série de campanhas. A base de todas as suas atividades é o compromisso com a Saúde para Todos, conforme interpretado na Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1978, e na Declaração de Alma-Ata sobre Atenção Primária à Saúde (APS)” (BAUM, SANDERS e NARAYAN, 2020, p. 11).

de saúde, geralmente através da introdução de esquemas de seguro. O MSP também aponta a natureza patriarcal, racista e homofóbica da ideologia atualmente dominante, que também serve para aumentar a discriminação e afetar a saúde das pessoas. O MSP aponta para ameaças à saúde humana e planetária representadas por conflitos, migração forçada em massa e um clima que muda rapidamente. (BAUM, SANDERS e NARAYAN, 2020, p.13-14).

Esse movimento apresenta uma ótica macropolítica das determinações sociais em saúde, bem como representa um órgão de resistência, diante de todas as contradições descritas acima, pois, ao apreender tais dinâmicas do capitalismo, podemos elencar com a realidade que se apresenta na política de saúde brasileira, transformando-a em mercadoria, que ampliamos aqui para a política de saúde mental, álcool e drogas, influenciando na prestação dos serviços públicos, modificando o público em privado, de cunho filantrópico, com contratos trabalhistas frágeis, recursos financeiros e estruturas mínimas atingindo de modo direto o atendimento da classe trabalhadora.

Retornando aos determinantes sociais de saúde, entende-se que a complexidade que abrange a temática do uso de drogas não se limita à doença como já foi referido em vários momentos, porém ao assistente social que trabalha no CAPS AD e atende uma demanda inicial como o uso abusivo de SPA, alguns questionamentos são necessários, para além das perguntas padronizadas, como: a SPA de preferência, padrão de uso, se possui alguma doença crônica (EX: Hipertensão, Diabetes, HIV, etc.), alucinações visuais, auditivas, ideação suicida, internações prévias etc., visto que essas questões fazem parte dos atendimentos e são de suma importância para avaliação de situações de risco, como compreender e considerar:

- a) O desejo do (a) usuário (a) em relação ao uso e a projetos futuros;
- b) Relações familiares;
- c) Se tem um território de pertença e circula por diferentes territórios;
- d) Se a rede comunitária o acolhe;
- e) Que tipo de trabalho realiza e/ou se possui renda;
- f) Se possui moradia e que tipo;
- g) Condição física, cognitiva e escolaridade;
- h) Raça/cor;
- i) Idade;

- j) Gênero;
- k) Violências;
- l) Modo que acessa os serviços intersetoriais;
- m) Religiosidade;
- n) Demanda judicial, etc.

Diante do encadeamento dessas circunstâncias, o uso de SPA dos sujeitos, por vezes, deixa de ser o ponto principal de um projeto terapêutico singular – PTS no CAPS AD, potencializando outras questões que passam a ser prioridade para o (a) usuário (a), em que o (a) assistente social, assim como as demais profissões devem ponderar.

De acordo com a instituição da RAPS (BRASIL, 2011c), conforme a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, o PTS foi elencado como eixo central para a lógica de cuidado das pessoas com transtornos mentais e necessidades decorrentes do uso de SPA, no qual:

[...] é configurado como uma ferramenta de cuidado única, construída coletivamente no trabalho em equipe e exclusiva para cada pessoa. Por meio da participação do próprio usuário e dos demais envolvidos, por intermédio de suas histórias, vivências e dos seus níveis de CONTRATUALIDADE¹⁴, podemos construir um Projeto para o cuidado. (BRASIL, 2015c, p. 31).

O PTS também foi enfatizado pelo Guia AD, realizado pelo Ministério da Saúde em 2015, e traz como recomendação para as equipes que trabalham com essa temática, estabelecer limites entre possibilidades e impossibilidades, com um ideal de baixa exigência de adesão ao cuidado, como forma de promoção de autonomia e exercício de cidadania. O PTS pode e deve ser revisto durante todo o processo de cuidado, sempre buscando o protagonismo do usuário nesta construção, considerando o dinamismo do cotidiano dos sujeitos (BRASIL, 2015c).

A reflexão realizada acerca de múltiplos fatores, que atravessam a vida dos (as) usuários (as) no seu cuidado em saúde, propõe aos (às) assistentes sociais e demais

¹⁴ A contratualidade pode ser entendida como uma dinâmica das relações, em que são estabelecidas condições e marcos para que uma troca ocorra, dentro desta ideia podemos entender como uma troca o intercâmbio de vivências, sentimentos, bens e, de uma maneira geral, o exercício de cidadania (BRASIL, 2015c).

trabalhadores do CAPS AD a perspectiva da Clínica Ampliada, no qual o PTS é colocado como método indispensável.

A Clínica Ampliada consiste “na articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas” e “reconhece que, em um dado momento e situação singular, pode existir uma predominância, uma escolha, ou a emergência de um enfoque ou de um tema, sem que isso signifique a negação de outros enfoques e possibilidades de ação” (BRASIL, 2009, p. 10).

Na área da saúde, por exemplo, o assistente social participa, ao lado de vários profissionais – nutricionistas, enfermeiros, médicos, psicólogos, etc. – na consecução das metas previstas de um projeto de prevenção de doenças, o que não significa, entretanto, desconhecer a existência de sua contribuição técnico-profissional no resultado global do trabalho combinado. Ao contrário, é a visão de totalidade da organização do trabalho que torna possível situar a contribuição de cada especialização do trabalho no processo global. (IAMAMOTO, 2008a, p.107-108).

Segundo os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde,

[...] o trabalho em equipe merece ser refletido e as atribuições do profissional de Serviço Social precisam ficar especificadas e divulgadas para os demais profissionais, resguardando-se, assim, a interdisciplinaridade como perspectiva de trabalho a ser defendida na saúde. (CFESS, 2010a, p. 46).

Também destacamos o 9º princípio do código de ética de assistentes sociais, que direciona a categoria para a: “Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos trabalhadores” (BRASIL, [1993] 2019a), para um trabalho em equipe potente, interdisciplinar, tendo como foco o atendimento integral no cuidado em saúde dos (as) usuários (as) de psicoativos no CAPS AD.

Tratando-se de trabalho em equipe, os (as) assistentes sociais entrevistados (as) explicitaram opiniões variadas sobre as equipes dos CAPS AD, são elas:

a) Vieira (2018, p. 103) apresentou a seguinte fala:

A maioria das ações é realizada em conjunto, exceto aquelas privativas do Serviço Social. As que são realizadas em conjunto acontecem através do diálogo para resoluções de algumas demandas,

elaboração de oficinas, planejamento de ação, eventos, estudo de caso (Entrevistada 01).

b) Espíndola (2010, p. 104) apontou que:

São várias visões. Profissionais com visões diferentes. Às vezes tem muitos profissionais voltados para a sua própria área e às vezes a gente sente uma dificuldade em trocar experiências, conhecimentos. A gente sente uma certa resistência. [...] Na hora de fazer os encaminhamentos você começa a perceber os entraves da interdisciplinaridade, porque é aí que começa a chocar (D2).

c) Para Landim (2015, p. 96) foi exposto que:

[...] No dia a dia, durante os acolhimentos, atendimentos individuais, grupos terapêuticos, etc., os profissionais observam demandas individuais de cada paciente, e buscam soluções para estas. Nas rodas de equipe [...], os profissionais sempre colocam casos de pacientes que precisam ser melhor discutidos¹⁵, as vezes são realizados estudos de caso (AS 6).

d) Pereira (2011, p. 110) demonstrou a: “Falta de recursos para trabalhar, limites em relação como eu já disse a autonomia profissional, a resistência da família também em ser parceira no tratamento e a resistência de alguns profissionais em trabalhar de forma interdisciplinar (A.S 11)”.

e) E Tuon (2011, p. 65) retratou que:

Aqui é uma relação boa. Apesar de que o encontro de vários saberes, muitas vezes, gera conflitos. Essa organização de trabalho realizada pela equipe multiprofissional é muito importante porque as áreas se complementam, principalmente diante de uma área muito difícil de atuar Sujeito 2.

As descrições das entrevistas dos (as) assistentes sociais apresentaram algumas percepções relevantes para a pesquisa. Visto que, as equipes do CAPS AD são reconhecidas pela estrutura multiprofissional, foi identificado nas entrevistas, o

¹⁵ A Discussão de caso em equipe interdisciplinar: [...] permite que a equipe construa estratégias em comum, com base em um projeto terapêutico organizado coletivamente. Quanto mais diferentes sejam as fontes de informação e as diferentes visões presentes, maior a possibilidade de se obter uma visão abrangente e de se construir um projeto terapêutico realmente ampliado e singular (BRASIL, 2011a, p. 28).

desafio da interdisciplinaridade. Costa-Rosa (2013, p. 123) nos auxilia na compreensão de vários conceitos relacionados ao trabalho em equipe, no qual:

A multidisciplinaridade é definida como justaposição de disciplinas sem qualquer esforço de síntese. A pluridisciplinaridade, como justaposição, mas com alguma relação entre as disciplinas, visando unificação temática e complementaridade. A interdisciplinaridade, para uns é síntese de duas ou mais disciplinas com a manutenção delas, definindo uma linguagem e novas relações estruturais, para outros a interdisciplinaridade deve fazer a crítica à racionalidade técnico-instrumental e à colonização do mundo vital pelas tecnologias funcionalistas. Finalmente, conforme indica o prefixo, a transdisciplinaridade está simultaneamente entre, através e além de toda a disciplina.

Conforme as descrições dos (as) entrevistados (as), a interdisciplinaridade foi o conceito mais citado, em que Mioto e Nogueira (2006, p. 6-7) evidenciaram que:

A interdisciplinaridade é compreendida como um processo de desenvolvimento de uma postura profissional que viabilize um olhar ampliado das especificidades que se conjugam no âmbito das profissões, através de equipes multiprofissionais, visando integrar saberes e práticas voltadas à construção de novas possibilidades de pensar e agir em saúde.

Compreende-se com esse prisma, que, a partir da interação nas equipes multiprofissionais de modo transversalizado e coletivo no cuidado dos (as) usuários (as), são ofertados melhores atendimentos e domínio sobre a demanda apresentada, quando essas composições de saberes e condutas passam a ser em nome do serviço, não mais de uma determinada categoria, propiciando vínculo e suporte entre os (as) profissionais das equipes do CAPS AD.

Considerando que a interdisciplinaridade também vislumbra a atenção integral no cuidado a saúde dos (as) usuários (as), trata-se de um processo que apresenta desafios diante da abertura de algumas “[...] profissões com estatutos rígidos, com forte reconhecimento social e status privilegiados historicamente têm maior dificuldade de adequação ao trabalho com fronteiras fluídas” (NOGUEIRA, 1998, p. 45).

Diante das observações realizadas foi possível dialogar sobre a interdisciplinaridade, compreendendo seu conceito, alguns desafios e possibilidades enfrentadas pelas equipes do CAPS AD. Vinculando essa temática ao trabalho do (a) assistente social, analisamos que novamente o serviço social possui a expertise para

mobilização e articulação das diversas categorias profissionais nos CAPS AD. Não se trata de uma tarefa fácil e imediata para a colaboração das diferentes profissões, superação das barreiras corporativistas e da centralização dos aspectos biológicos, visto que essas contradições também devem ser consideradas nesse processo. Mas o (a) assistente social deve direcionar as suas ações, problematizando essas relações e incidindo no seu objeto de intervenção, tendo nas violações de direitos sociais um forte recurso para a análise em conjunto, vislumbrando uma ação integral aos (às) usuários (as) e de garantia à saúde na sua totalidade. Costa-Rosa (2013, p. 98) contribuiu para essa análise, segundo as considerações abaixo e deixou um alerta para a possibilidade da interdisciplinaridade:

Quando compreendemos o conjunto de contradições do campo em que estão inseridas nossas práticas, e o modo como tais contradições estão estruturadas, melhor podemos aquilatar a importância da construção de certas táticas macropolíticas, territoriais, institucionais, considerando as diretrizes do SUS e da Atenção Psicossocial, como suporte necessário à efetividade e visibilidade de nossas táticas micropolíticas.

Considerando as diretrizes do SUS e os três pilares que norteiam a profissão de assistente social (ético-político, técnico-operativo e teórico-metodológico), destacou-se o matriciamento ou apoio matricial em saúde mental como estratégia que potencializa o trabalho interdisciplinar e intersetorial. Porém, essa ação conjunta tem sido cada vez mais desafiadora diante das mudanças governamentais incisivas, que fragmentam, focalizam as políticas de saúde, saúde mental, drogas etc. e vão distanciando as ações profissionais compartilhadas.

O matriciamento é de suma importância para a integralidade do cuidado em saúde; no entanto, descobrimos que, dentre as produções acadêmicas, apenas uma única entrevista contemplou essa temática, o que evidencia que as demais pesquisas não questionaram os (as) profissionais diretamente sobre esse tema específico, ou, outra hipótese, que o apoio matricial não é usado como estratégia dentro dos serviços pesquisados. A tese de Silva (2019, p. 134) traz essa única resposta:

AS3 [...] tem os matriciamentos, que são as discussões de casos que a gente leva dentro das UBS's né, [...]uma vez por mês normalmente que acontece [...] vai discutir alguns casos [...] mais difíceis, casos que você precisa da intervenção da UBS muitas vezes né, ali do agente de saúde pra nos ajudar também a conduzir aquilo o tratamento da

peessoa, então esses casos a gente trabalha com a rede., honestamente falando, então assim você vai pra uma reunião de matriciamento você vê pessoas que não sabe qual que é o fluxo do CAPS [...].

Nessa entrevista, foi demonstrado que o (a) assistente social faz parte da equipe de matriciamento desse CAPS AD e que os conceitos utilizados como interdisciplinaridade e intersetorialidade agregam sentido para esse tipo de método de atenção, porém apresenta como dificuldade de alguns profissionais conhecerem o funcionamento do serviço. Diante disso, o *Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental* (BRASIL, 2011a, p. 13) referência que o: “Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica”.

Essa construção compartilhada primeiramente deve ser conduzida pela compreensão do funcionamento de ambos os serviços, seja das unidades de saúde ou dos CAPS AD, para, após, poder acompanhar o atendimento de situações mais complexas, que demandam ações inovadoras, em que:

O matriciamento deve proporcionar a retaguarda especializada da assistência, assim como um suporte técnico-pedagógico, um vínculo interpessoal e o apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos junto à população. Assim, também se diferencia da supervisão, pois o matriciador pode participar ativamente do projeto terapêutico. (BRASIL, 2011a, p. 14-15).

Em função de o apoio matricial não aparecer nas entrevistas das demais produções acadêmicas, não foi possível compreender como ocorrem os encaminhamentos quanto aos pontos de atenção de saúde e psicossocial. O que podemos mencionar é que essa estratégia resulta na concretude das diretrizes do SUS e que deve ser defendida pela categoria de assistentes sociais. Outro ponto que deve ser lembrado é a importância do serviço social nessa articulação interdisciplinar e intersetorial, diante das competências que os (as) assistentes sociais apresentam em relação ao apoio matricial.

O próximo item evidenciado a partir das entrevistas das produções acadêmicas será a Participação Social.

3.2.3 Participação social

No que diz respeito às lutas históricas da Reforma Psiquiátrica e Sanitária no Brasil, podemos afirmar que houve uma grande organização e, conseqüentemente, uma mobilização social por parte da população e demais setores envolvidos, o que possibilitou muitos avanços normativos, possibilitando também uma mudança real em algumas políticas. Nesse sentido, tem-se como exemplo a saúde como direito universal. No entanto, essas mudanças não impediram a evolução do capitalismo em suas mais diversas configurações.

No final do período ditatorial brasileiro, compreendemos que as mobilizações realizadas por diversos segmentos da sociedade

[...] exigiam a democratização do país, efeito disso, a Constituição de 1988 permitiu um poder descentralizado, criando o Pacto Federativo, no qual era previsto o repasse de recursos da União para os estados e municípios, que por sua vez teria autonomia para decidir onde empregar esses recursos. (RONSANI, 2021, p. 45).

Para o serviço social, a mobilização social e essa organização

[...] traduzem modalidades da assimilação/recriação desses processos no movimento da prática profissional e, assim, inscrevem-se no corpo teórico-prático da profissão enquanto elementos constitutivos (não exclusivos) e como condição indispensável para sua concretização na sociedade. (ABREU e CARDOSO, 2009, p. 2).

Essas colocações sobre a participação social têm relação com uma das temáticas apontadas nas dissertações e tese analisadas; porém, o que chamou a atenção foi o fato de isso apenas ser citado em uma das entrevistas, na transcrição apresentada por Tuon (2011, p. 63):

Nas assembléias, que nós realizamos com os pacientes, nós enfatizamos muito que eles, como cidadãos, devem reivindicar os seus direitos e procurar os canais para fazer isso. Eles foram até o secretário e porque não foram atendidos procuraram outros políticos para reclamar por mais recursos. Nós ficamos sabendo disso por outras pessoas. Eu acho que o Serviço Social tem um trabalho, acima de tudo político, para mobilizar e ajudar as pessoas a assumirem as suas coisas a sua vida, ou seja, atuar no resgate do papel político da pessoa. Sujeito 5.

A narrativa do (a) assistente social entrevistado (a) fala sobre uma ação de reivindicação de direitos sociais de alguns/mas usuários (as). Esse movimento ocorreu através da participação social em uma assembleia dentro de um CAPS AD. Dependendo da realidade de cada município, essa mobilização nem sempre ocorre através da participação popular nos conselhos de saúde¹⁶, mas não deixa de ser um movimento estratégico para requerer a garantia do exercício da cidadania.

A assembleia é um espaço de direito dos usuários dos CAPS e está dentre os procedimentos utilizados pela equipe multiprofissional, sendo parte dela o (a) assistente social. Esse procedimento é computado como uma ação de produtividade pelos CAPS AD e está caracterizado como: “Fortalecimento do protagonismo de usuários e de familiares”, tendo como estratégia um lugar de convivência entre os usuários, trabalhadores, familiares etc., e atividades que promovam participação nos processos de cogestão dentro e fora do serviço (BRASIL, 2015b).

O trabalho de assistentes sociais nos CAPS AD sob a ótica da participação popular tem uma função pedagógica, isto é,

[...] atividades formadoras de um modo de pensar, sentir e agir, também entendido como sociabilidade. A formação da cultura, no pensamento gramsciano, adequa-se às necessidades do padrão produtivo e do trabalho, sob a hegemonia de uma classe. (ABREU e CARDOSO, 2009, p. 1- 2).

Além disso, segundo o código de ética do (a) assistente social, no seu Capítulo I, Art. 5º: “São deveres do/a assistente social nas suas relações com os (as) usuários (as): a- contribuir para a viabilização da participação efetiva da população usuária nas decisões institucionais” (BRASIL, 2019a).

Já na Lei da Regulamentação da Profissão nº 8.662 de 1993, Art. 5º, que descreve a competência de assistentes sociais – “[...] orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos”.

Compreende-se que a participação dos (as) usuários (as) e familiares nas assembleias dentro do CAPS AD é um direito e um grande ganho histórico, já que

¹⁶ Conforme o Art. 1º da Lei nº 8.142 de 1990, inciso 2º, o Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

esses indivíduos não tinham voz em tempos anteriores aos serviços substitutivos. Essa participação prevê que os/as assistentes sociais difundam:

[...] o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população, aí incluída a publicidade dos recursos institucionais, instrumento indispensável para a sua democratização e universalização e, sobretudo, para abrir as decisões institucionais à participação dos usuários. (NETTO, 2006, p. 16).

Esse é o comprometimento que os (as) assistentes sociais devem assumir frente à assembleia num CAPS AD, além de democratizar as informações aos (às) usuários (as) e muni-los (as) para exigir que o seu direito social seja garantido dentro de uma instituição, e que esse espaço de participação possa transbordar e caminhar para novos meios de mobilização, para fora dos serviços, seja através dos conselhos locais de saúde ou até de conferências regionais e nacionais.

Considerando os desafios colocados pela disputa de projetos societários na sociedade brasileira diante da democracia liberal instalada, podemos refletir que vários canais de controle social vêm sendo desmantelados pelo governo atual; porém, outros métodos de mobilização foram adotados, como as mídias digitais, trazido como exemplo por Matos e Ferreira (2015, p. 74):

No Brasil, que tem a democracia representativa como forma de organização da sociedade, na qual o voto prevalece como mecanismo de participação, a internet é uma ferramenta que contribui para a democratização da informação e para o alargamento da prática política de sujeitos sociais, individuais ou coletivos, para o controle democrático das ações do Estado e seu direcionamento para o alcance dos interesses coletivos.

Mesmo com o advento das notícias falsas que estão em voga atualmente, podemos refletir que houve um aumento da divulgação dos portais de transparências no nível municipal, estadual e federal, o que

[...] contribui para a democratização da informação, facilitando o controle das ações estatais pela sociedade e vice-versa, embora também seja útil como reserva de informação e de poder pelas classes dominantes, para preservar sua hegemonia, favorecida pela exclusão digital. (MATOS e FERREIRA, 2015, p. 77).

Para finalizar, observou-se que, na entrevista supracitada, foram usadas as seguintes palavras pelo (a) assistente social: *paciente* e *ajudar*. A palavra *paciente* retrata uma linguagem institucionalizada, comum nos serviços de saúde, porém a nomenclatura adequada é *usuário* (a).

Já a palavra *ajudar* apresenta incompatibilidade com o trabalho que o assistente social deve exercer, entretanto, para Abreu e Cardoso (2009, p. 5): “[...] a ajuda é o eixo que marca a constituição do Serviço Social, desde a sua institucionalização como profissão nos Estados Unidos, na segunda década do século XX [...]”, em que surgiu na profissão como conteúdo do serviço social de caso.

Entende-se que o trabalho de assistentes sociais não corresponde à ajuda, não se trata de favor, e sim de desenvolver estratégias para a garantia de direitos dos usuários. A palavra *ajudar* usada naquele contexto pelo (a) entrevistado (a) foi identificada como uma questão de linguagem, onde o trabalho desse assistente social foi pautado nas demandas coletivas que corroborou para ações de autonomia e protagonismo dos usuários de SPA naquele CAPS AD específico.

No item a seguir, serão explanados os conteúdos relacionados à identidade de gênero e gênero e a relação com o trabalho de assistentes sociais no CAPS AD.

3.2.4 Identidade de gênero e gênero

As temáticas sobre identidade de gênero e gênero são de extrema relevância para contribuir com o trabalho de assistentes sociais no CAPS AD. Os conceitos são explicitados abaixo, para uma melhor compreensão da discussão que será realizada:

Gênero: Conceito formulado nos anos 1970 com profunda influência do movimento feminista. Foi criado para distinguir a dimensão biológica da dimensão social, baseando-se no raciocínio de que há machos e fêmeas na espécie humana, levando em consideração, no entanto, que a maneira de ser homem e de ser mulher é realizada pela cultura. Assim, gênero significa que homens e mulheres são produtos da realidade social e não somente decorrência da anatomia de seus corpos. (REIS, 2018, p. 17).

Identidade de gênero: é uma experiência interna e individual do gênero de cada pessoa, que pode ou não corresponder ao sexo atribuído no nascimento, incluindo o senso pessoal do corpo (que pode envolver, por livre escolha, modificação da aparência ou função corporal por meios médicos, cirúrgicos e outros) e outras expressões de gênero, inclusive vestimenta, modo de falar e maneirismos. [...] é a percepção

que uma pessoa tem de si como sendo do gênero masculino, feminino ou de alguma combinação dos dois, independente de sexo biológico. Trata-se da convicção íntima de uma pessoa de ser do gênero masculino (homem) ou do gênero feminino (mulher). A identidade de gênero da pessoa não necessariamente está visível para as demais pessoas. (REIS, 2018, p. 25).

Na leitura das produções acadêmicas, apenas uma das dissertações de mestrado abordou esses temas: o (a) entrevistado (a) por Pinheiro (2017, p. 84) relatou alguns elementos que chamam atenção para a análise:

E chegou uma pessoa, outro dia, que ele é... é Bruno Matheus o nome "dele", mas o nome social "dele" é "Jéssica". E aí o que é que acontece, eu sempre pensei assim: - Quando "ele" for pro grupo? "Ele" vai ser excluído. Primeira reunião foi... "Ele" foi muito, é... Não que excluíram! Mas ficaram fazendo piadinha, e tal, rindo... Mas hoje, eu já participei do grupo. Eu já percebo quem está mais entrosado. Mas seria interessante ter um grupo especialmente, não que elas não participassem do grupo dos homens, mas além do grupo dos homens que elas interagissem com os colegas masculinos. Mas também tivesse um grupo também feminino. Até pra gente avançar mais nas questões femininas mesmo (ENTREVISTADA 1, 2017).

O atendimento direcionado à população LGBTTQIA+¹⁷ demonstrado acima por uma mulher transexual no CAPS AD, retratou que o (a) assistente social apresenta certa dificuldade para entender os conceitos apresentados anteriormente, se confundindo em relação à identidade de gênero da usuária, usando várias vezes pronomes masculinos para se referir a uma mulher trans. Outra questão que se aponta é relativa à organização do serviço, que não está adequada para o acolhimento e acompanhamento dessa usuária.

Uma das normativas que orientam os (as) profissionais, diz respeito à *Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde*, que apresenta uma série de direitos e deveres que todas e todos os (as) brasileiros (as) possuem ao acessar um serviço de saúde (BRASIL, 2011b, p. 12-13):

É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência, garantindo-lhe: I – identificação pelo nome e sobrenome civil, devendo existir, em

¹⁷ Verificar significado da sigla completa em Manual de Comunicação LGBTI+ (REIS, 2018).

todo documento do usuário e usuária, um campo para se registrar o nome social, independentemente do registro civil, sendo assegurado o uso do nome de preferência, não podendo ser identificado por número, nome ou código da doença, ou outras formas desrespeitosas, ou preconceituosas [...].

Outra legislação que orienta os (as) profissionais e respalda os (as) usuários (as) é a Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, que instituiu a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT), considerando que um dos pontos primordiais da mesma tratou que a discriminação por orientação sexual e por identidade de gênero incide na determinação social da saúde, no processo de sofrimento e adoecimento decorrente do preconceito e do estigma social reservado a estas populações. No Art. 2º, a política apresentou os objetivos específicos e, no Item XVII, considerou “[...] garantir o uso do nome social de travestis e transexuais, de acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde” (BRASIL, 2011d).

Diante da descrição apresentada na entrevista, podemos refletir que o debate acerca dos temas referentes à identidade de gênero e gênero é fundamental para o exercício da cidadania dos (as) usuários (as) e para que os CAPS AD possam modificar a lógica de um atendimento retrógrado, que não acolhe e não apreende a realidade. Segundo Ferreira (2018, p. 136):

Para as pessoas que experimentam situações de preconceito ou discriminação decorrentes do gênero ou da sexualidade, a elaboração de uma autoimagem, e conseqüentemente do seu autocuidado, é prejudicada pela ideia de que suas vidas não têm mesmo valor, e por isso podem sofrer maiores riscos. A droga pode servir também, conforme já dissemos, como uma “válvula de escape” para aquelas pessoas que têm maiores dificuldades sociais de expressar o seu gênero ou a sua sexualidade, de maneira a levar essas pessoas para o pequeno-comércio da droga. Além disso, pode também guardar alguma relação com as condições pioradas de exercício da prostituição de rua (essencialmente degradadas pelo recrudescimento da desigualdade social e aumento da violência urbana) com o uso de droga.

Esses riscos retratados pelo autor acima precisam ser considerados em todas as instâncias governamentais, seja no planejamento ou na execução das políticas públicas, adentrando as equipes e modificando a forma de atendimento dos serviços como um todo.

Benevides e Nogueira (2021, p. 47) apresentaram os dados do *Dossiê Assassinatos e Violência contra Travestis e Transexuais Brasileiras em 2020*, da Associação Nacional de Travestis e Transexuais do Brasil (ANTRA), no qual foi evidenciado que

[...] a estimativa de vida de uma pessoa trans é de 35 anos. Esta é uma média que vai diminuindo conforme os marcadores que constituem a pessoa se mostram presentes nas cicatrizes que ela carrega em seu corpo. Ser negra, mulher trans ou travesti, periférica ou favelada, do interior, faz esta média cair muito.

Outro dado com tamanha relevância, segundo Benevides e Nogueira (2021, p. 49) refere-se a:

Uma pessoa trans apresenta, pelo menos, nove vezes mais chances de ser assassinada do que uma pessoa cisgênera. Porém, essas mortes acontecem com maior intensidade entre travestis e mulheres transexuais, principalmente contra negras, assim como são as negras as que têm a menor escolaridade, menor acesso ao mercado formal de trabalho e a políticas públicas. Travestis e transexuais negras estão em maioria na prostituição de rua. Proporcionalmente, são essas as que têm os maiores índices de violência e assassinatos.

Diante desses índices, Ferreira (2020, p. 10) traz à tona que “[...] nunca estivemos na história brasileira recente sob tanto risco de termos nossos direitos e vidas perdidas diante de um governo autoritário e criminoso que trata nossas vidas como se vidas não fossem”. E ainda destacou que “[...] as mãos que imitam uma arma assombram perenemente nossas memórias, no país que, há muitos anos, mais mata pessoas transexuais e travestis no mundo todo”.

Com essa retratação, refletir sobre a violência que o próprio Estado exerce frente às vidas perdidas de pessoas transexuais e travestis, esclarece que a violência estrutural não se descola da violência estatal e revela que todas as violências, com exceção da guerra e do suicídio, são criminalizáveis, e o sujeito da criminalização que é o Estado fica subentendido e oculto porque é reconhecido amplamente como o detentor legítimo do processo de criminalização. Ocorre que, para efetivar a criminalização, o Estado terá que usar da violência, uma violência legal, uma violência que, sendo legítima, é justa ou assim é representada (MISSE, 2016).

Com isso, o trabalho de assistentes sociais deve compreender e colaborar para o acesso da população LGBTTQIA+ nos CAPS AD, seguindo o 6º princípio

fundamental do código de ética de assistentes sociais (BRASIL, [1993] 2019a). Tal princípio atribui aos profissionais o “Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças”, levando em conta um acolhimento e atendimento adequado, compreendendo e respeitando a realidade que se apresenta a partir das múltiplas formas de violações de direitos e tantas outras questões postas pela violência estrutural, podendo assim colaborar para a garantia do direito à vida dessa população.

As organizações estruturais de um serviço como o CAPS AD refletem a dinâmica da vida como ela é, colocando para os (as) assistentes sociais embates constantes diante das violações de direitos e de uma reprodução social que exclui as pessoas. Segundo Silva (2008, p. 267), tem-se:

[...] um cenário perverso: o mesmo ingrediente necessário para uma densa apropriação do movimento do real (a vivência de experiências concretas), quando tomado isoladamente, consome a força, o potencial criativo do assistente social na divisão do trabalho, atribuindo-lhe a responsabilidade de ‘gerenciar praticamente’ mazelas sociais, oriundas da violência estrutural, implícita no próprio metabolismo do capitalismo contemporâneo, que é objetivada, com certa independência, por meio de ações violentas, também potencializadas por individualidades e suas respectivas subjetividades.

Silva (2008, p. 271), ainda explicita que:

O Serviço Social como profissão e os assistentes sociais como profissionais que exercem determinado tipo de trabalho, podem reforçar – com maior ou menor intensidade – processos violentos ou resistir a eles a partir das condições objetivas disponíveis. A violência e suas expressões particulares não são demandas puramente ‘externas’ que se apresentam à profissão para um tratamento técnico, eficiente e sistêmico. Mais do que isso, imbricam-se com o exercício profissional do assistente social e exigem dele um posicionamento teórico, político e prático – marcado pela necessária clareza teórico-analítica e pela solidez interventiva – que o coloca como um ator participante de um complexo circuito repleto de sutilezas e de armadilhas.

A partir do que foi explanado, a série elaborada pelo CFESS: Assistente Social no combate ao preconceito, conforme Caderno 4, sobre Transfobia retratou um aspecto interessante a ser considerado pelos (as) assistentes sociais que trabalham

nos CAPS AD diante do binarismo de gênero, no qual “[...] é uma ideologia constituída pela afirmação de que mulheres e homens são radicalmente distintos e que esta distinção está fundada nos corpos biológicos e que, portanto, ela é imutável e inquestionável” (CFESS, 2016, p. 8). Essa afirmação também considera que:

O binarismo de gênero dá suporte ao preconceito, a um critério de verdade e, com ele, a muitos privilégios e à desigualdade social própria do capitalismo, que vemos nos diferentes espaços de sociabilidade. Um dos privilégios mais comuns sustentados pelo binarismo é o que goza a maior parte do que está socialmente associado ao masculino, em detrimento da desvalorização da maior parte do que está associado ao feminino. (CFESS, 2016, p. 8).

O reconhecimento dos direitos à saúde da população LGBTTTQIA+ representa um avanço importante sobre a contradição e reflexão acerca do binarismo. Onde, o projeto ético-político dos (as) assistentes sociais vislumbra que na “Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo” (BRASIL, 1993), exista de fato a possibilidade de uma sociedade mais justa e igualitária, considerando os direitos humanos, do ponto de vista da cultura brasileira, bem como as contradições que são impostas pelo conservadorismo, no qual Barroco (2015, 634-635) explicitou que:

Não podemos eliminar o conservadorismo de forma absoluta porque suas raízes estão além da profissão. Mas, profissionalmente, podemos aprofundar a sua crítica, criar formas de enfrentamento que enfraqueçam a sua permanência; recusar seus apelos moralistas, denunciar suas ingerências, alargando as bases democráticas e emancipatórias do nosso projeto, na luta pela hegemonia. Essas ações só ganham densidade se forem coletivamente discutidas e organizadas, se forem conscientemente objetivadas como ações políticas.

A relação com o conservadorismo atravessa os campos de trabalho de assistentes sociais, onde foi possível verificar que a mesma entrevista que abordou a temática sobre identidade de gênero, também levantou uma questão essencial sobre o não lugar do feminino, quando o (a) assistente social descreveu que o CAPS AD precisava ofertar grupos e dialogar sobre essa especificidade.

Como demonstração desse não lugar, o III Levantamento Nacional Sobre Uso de Drogas Pela População Brasileira, realizado pelo Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz em 2017, constata que

[...] os homens, em comparação com as mulheres, apresentaram uma maior prevalência de ter recebido tratamento para uso de tabaco, álcool ou outras substâncias na vida (1,8% vs. 1,1%, respectivamente), embora a diferença não tenha sido estatisticamente significativa. (BRASIL, 2017a, p. 144).

Já a Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? aborda uma questão importante a ser considerada (BRASIL, 2014, p. 87):

O ainda reduzido número de pesquisas que abordam a questão da mulher usuária de drogas parece se dever, entre outros fatores, ao inegável predomínio masculino nas cenas abertas de tráfico e consumo de drogas em todo o mundo. Além disso, há também o fato de serem as mulheres um grupo mais difícil de ser acessado pelos pesquisadores, em virtude do caráter privado de muitas de suas práticas e do constrangimento e estigmatização que lhes são impostos em diversos contextos.

Outras questões também devem ser levadas em conta

[...] sob os mais variados aspectos, desde a metabolização diferencial do álcool e outras drogas nas mulheres, até a complexa inter-relação entre consumo de drogas e (des)inserção familiar e profissional, no contexto dos papéis sociais e de gênero de homens e mulheres. (BRASIL, 2014, p. 87).

Além disso, Bolzan (2015, p. 112) assinalou algumas perspectivas a serem apreciadas:

[...] é preciso que as políticas públicas, e conseqüentemente as intervenções profissionais, superem a homogeneização em suas abordagens e passem a se pautar na heterogeneidade com relação ao uso de drogas, considerando as diferentes especificidades para assim propiciar rupturas com o ocultamento e a secundarização do universo feminino. Para tanto, é necessário dar voz a essas mulheres, fomentando a sua participação nas discussões e construção de alternativas para responder as suas necessidades, agregando uma nova perspectiva de cuidado e atenção para elas, fundamentada na garantia de direitos, na perspectiva de gênero e superação das desigualdades.

Pensar no trabalho de assistentes sociais frente a essas relações presume adentrar nessas complexidades para que as mulheres, o feminino seja visível e

ocupem um lugar que é seu por direito. O CAPS AD como referência de espaço ocupacional, também reproduz o movimento da sociedade “patriarcal-racista-capitalista” (CISNE, 2018, p. 226), porém há a necessidade movimentar essa rígida estrutura, para que as mulheres sejam atendidas. Cisne demonstra que (2018, p. 227):

As relações sociais de sexo não são isoladas ou meramente individualizadas entre homens e mulheres. São estruturantes, assim como os conflitos de classe e “raça”. Tais conflitos exigem o pensar de um sujeito político coletivo. Para pensar os sujeitos dessas lutas, é fundamental identificar quais são as pessoas que sofrem na pele as opressões e explorações pela sua classe, “raça” e sexo. Esse sujeito é a classe trabalhadora em sua totalidade que não é homogênea, mas enriquecida politicamente das singularidades e particularidades que a compõem. Um sujeito capaz de universalizar o grito por liberdade em suas múltiplas dimensões.

Os (as) assistentes sociais trabalham com as mais diversas expressões de discriminação e desigualdades sociais postas a classe trabalhadora, este (a) deve ir ao encontro do combate a todas as formas de opressão como a LGBTfobia, xenofobia, misoginia, machismo, racismo, etc., além de estimular a equipe interdisciplinar e gestão para o desenvolvimento de estratégias que envolvam as temáticas de gênero e identidade de gênero, como educação permanente a fim de sensibilizar a equipe sobre essas especificidades, grupos que atendam as singularidades desses públicos, mobilizar usuários (as) para participação popular nos mais diferentes espaços, como conselhos de saúde e movimentos sociais, etc., realizando uma mudança no padrão heteronormativo nos CAPS AD e com isso, um acesso humanizado ao serviço, possibilitando a garantia do cuidado em saúde e direito a vida aos (às) usuários (as).

O próximo item versará sobre a redução de danos e abstinência.

3.2.5 Redução de danos x abstinência

As perspectivas da redução de danos e da abstinência foram expostas nas produções acadêmicas, que apresentaram alguns entendimentos descritos pelos (as) assistentes sociais entrevistados (as), entendimentos esses que devem ser considerados, conforme se relaciona abaixo:

- a) Tuon (2011, p. 67): “Nós deveríamos trabalhar mais com a prevenção e a redução de riscos [...]” (Sujeito 7).
- b) Landim (2015, p. 93-94)

Pra mim, a redução de danos é até mais real, mais palpável como tratamento do que a própria abstinência. Eu acredito que a redução de danos é uma estratégia mesmo de você tentar fazer com que o uso da droga lhe atinja o mínimo possível. Como é que eu posso explicar? Com que ele cause o mínimo de danos. Tentar fazer com que essa pessoa consiga retomar os objetivos dela, os planos dela, retomar uma vida profissional, uma vida familiar, ainda que com o uso, altere isso pra moderado ou leve. Pra mim, na minha concepção, a redução de danos é uma estratégia de realmente diminuir os impactos que a droga pode causar na vida desse paciente. (AS 5)

c) Pinheiro (2017, p. 93):

Porque a gente tem um usuário... tá indo bem, indo bem... Tem meses que não faz uso. Aí daqui a pouco quando ver: Recaída! Isso entristece o profissional, aí a gente sabe que não é culpa da gente. [...] Tem usuário que não se adapta ao tratamento, ele só quer na realidade o tratamento medicamentoso, ele não entende que o tratamento não é só medicamentoso. O tratamento também são os grupos, é interação deles com o grupo, a interação deles com a família, é criar estratégias para não voltar a usar ou deixar de usar. Todo esse processo (ENTREVISTADA 1, 2017).

d) Espíndola (2010, p. 97-98):

Eu acredito na RD, acho que é uma estratégia importante. Eu acho que existe um limite intelectual, institucional, o que seja... Porque existe a questão da abstinência como uma concorrente da RD, porque o que eu sinto é uma idéia de concorrência e não de complementaridade. E pelo o que eu me lembro a RD é isso. Elas não são concorrentes, elas são complementares (C1).

e) Silva (2019, p. 133):

ASSA1 Olha, na verdade eu nunca entendi a redução de danos. O que eu vi era uma situação "traz a pessoa pro CAPS" e diz "olha, ele vai ficar aqui" e a pessoa diz pra você "eu não quero ficar aqui. Eu vim porque me trouxeram." Isso pra mim não é redução de danos. De verdade eu nunca entendi. Tecnicamente falando. Eu entendo que o nosso trabalho já é a partir desse foco. Então, de verdade, a redução de danos está dentro da saúde mental. Mas eu ainda não consigo formar uma ideia mais técnica em cima desse trabalho. Isso! Ela está dentro de um outro espaço. São pessoas que vão mesmo a trabalho de campo.

Assim, o trabalho dos (as) assistentes sociais deve considerar quais são as bases ideológicas que pautam a ambiguidade das perspectivas de abstinência e redução de danos (RD), a fim de compreender e atender a realidade que se coloca na atualidade dentro dos CAPS AD, na RAS, na RAPS e nos demais serviços que acolhem o público que faz uso de SPA.

As observações acerca da perspectiva da RD vão de encontro à abstinência, proposta pela Política Nacional sobre Drogas (BRASIL, 2019b) como a única alternativa para dar conta do cuidado em saúde dos (as) usuários (as) de SPA no Brasil. A abstinência, conforme Souza e Carvalho (2012, p. 42):

Antes de se tornar uma norma médica e jurídica, a abstinência era uma norma religiosa. Esse dualismo maniqueísta antes de ser operado pelo binarismo da lei (lícito e ilícito) ou pela norma médica (normal e patológico) foi operado pelo dualismo religioso (bem e mal). Estes três âmbitos de construção de práticas sobre o corpo e sobre a vida operam por polarizações. O ideal do mundo sem drogas congrega, no contemporâneo, regimes de saber-poder dentro de novas tecnologias de governo das condutas.

Considerando esses três campos, como citou o autor acima, ainda podemos definir a palavra *abstinência* (ABSTINÊNCIA, c2021) segundo o *Dicionário Brasileiro de Língua Portuguesa Michaelis*: “Ato de abster-se de algo”, ou ainda “Privação, forçada ou não, do uso de álcool ou de outra droga”. Outro conceito que faz referência à abstinência do uso de SPA foi destacado por Fiore (2012):

Proibicionismo é uma forma simplificada de classificar o paradigma que rege a atuação dos Estados em relação a determinado conjunto de substâncias. Seus desdobramentos, entretanto, vão muito além das convenções e legislações nacionais. O proibicionismo modulou o entendimento contemporâneo de substâncias psicoativas quando estabeleceu os limites arbitrários para usos de drogas legais/ positivas e ilegais/ negativas. Entre outras consequências, a própria produção científica terminou entrincheirada, na maior parte das vezes do lado “certo” da batalha, ou seja, na luta contra as drogas. O proibicionismo não esgota o fenômeno contemporâneo das drogas, mas o marca decisivamente.

Segundo Teixeira (2016), apesar desse entendimento construído sobre o proibicionismo e inserido na sociedade a partir dos elevados investimentos para a repressão às drogas – deflagrada em 1971 pelo então presidente norte-americano Richard Nixon por meio da chamada “Guerra às Drogas” (War on Drugs) –, não houve

uma redução do número de usuários, pelo contrário, esse número vem aumentando mundialmente. Outra questão para a construção do ideário proibicionista é relativa à eficácia das políticas baseadas na criminalização das drogas, algo que também tem sido tema de várias pesquisas.

Por isso, é preciso considerar que “o suposto sistema de construção para um “mundo livre de drogas” produziu em alto grau a persecução penal a usuários (as) e traficantes de drogas, tal como perversidades em torno das disputas bélicas e das intervenções governamentais militarizadas” (GROSSI e BITENCOURT, 2020, p. 48).

Perante o exposto, podemos afirmar que o governo brasileiro corrobora com o ideário do proibicionismo, que é marcado pela criminalização da pobreza de territórios específicos onde é retratada a vulnerabilidade social e a desproteção do Estado, considerado como comunidades perigosas, potencializando o encarceramento e morte dos (as) usuários (as) de psicoativos, caracterizando a juventude negra¹⁸ como principal população atingida, onde a segurança pública não faz distinção entre uso e tráfico. Segundo Feffermann (2006, p. 23):

A ameaça social das “classes perigosas” torna-se potente com o advento do crime organizado. “As classes perigosas’, agora, envolvem-se no setor mais vulnerável da economia ilegal, que é o competitivo; *locus* das disputas intergrupais e alvo das ações repressivas policiais, aterrorizando os corpos sãos e ameaçando as estruturas sociais”. Porém, deve-se ser cauteloso quanto a isso, pois associar a pobreza, à criminalidade é uma concepção ideológica, na qual a população pobre é vista como “classe perigosa” e responsável pelos atos de transgressão. Sob essa lógica, a manutenção da ordem exige que se afastem, cada vez mais, os já excluídos. A polícia, detentora legal do uso da violência, garante essa “exclusão”.

Arend (2020) demonstrou que os fatores ideológicos presentes na concepção de “territórios violentos” são atribuídos ao modo de produção capitalista, pois coloca a violência em uma esfera subjetiva justificando o extermínio. Nessa concepção justifica-se a necessidade de intervenção de alguns territórios, porque são naturalmente violentos e (re)produtores da violência.

¹⁸ Para exemplificar a questão do encarceramento da juventude negra no Brasil, os dados do Mapa do Encarceramento (BRASIL, 2015a) demonstraram que no ano de 2012, para cada grupo de 100 mil habitantes brancos acima de 18 anos havia 191 brancos encarcerados, enquanto para cada grupo de 100 mil habitantes negros acima de 18 anos havia 292 negros encarcerados, ou seja, proporcionalmente o encarceramento de negros foi 1,5 vezes maior do que o de brancos em 2012 (ONU BRASIL, 2018).

Para Santos (2019), é igualmente considerável relacionar a “questão das drogas” com a questão étnico/racial, a crítica ao Estado Penal, à reivindicação do abolicionismo penal e a pauta feminista antiproibicionista, que tanto se relaciona à questão do proibicionismo às drogas pela proximidade com outras formas de controle do corpo da mulher, dos filhos destas e como se expressa a questão do aborto.

O mercado de psicoativos ilícitos, estimulada pela cultura do consumo globalizada, adentra no cotidiano da sociedade que ao usar SPA é estigmatizada. Segundo Sheffer e Quixaba (2015, p. 83): “Aliado ao fato da pobreza e falta de oportunidade, os usuários de substâncias psicoativas (SPAs) também são duplamente criminalizados sob espectro das classes perigosas, ora como doente-violento, ora como traficante-violento”.

Esse estigma é reforçado pelo sistema capitalista, que não legitima as relações de trabalho realizadas pelo narcotráfico, porém se beneficia dessas associações e junto ao Estado reproduz padrões que dialogam com a violência estrutural, diante das determinações sociais. Feffermann (2006, p. 25) evidencia que:

As relações dos traficantes de drogas entre si e entre estes e o Estado (aparatos repressivos e outras instâncias políticas) são estabelecidas pela cooperação e pela confrontação. Pode-se caracterizar esses traficantes como empresários de um setor econômico ilegal que buscam acumular capital, reinvestir partes dos lucros, conquistar mercados e diversificar investimentos, mesmo considerando todas as particularidades impostas por tal situação jurídica: “ O mercado ilegal da cocaína não é face oposta da racionalidade capitalista, [mas] é a forma mais desmascarada que podem adquirir esses valores [...], é a radicalização da lógica capitalista que não suporta contraditores ou oposições para a realização dos seus fins”. Frise-se que o surgimento do capitalismo industrial e da economia em conformidade com a ordem legal tiveram sua origem no mercantilismo, sustentado no tráfico de seda, drogas e pessoas.

Outra questão importante é a incontestável influência que a mídia exerce na construção de um imaginário social depreciativo em torno dos sujeitos envolvidos com drogas, sejam usuários, traficantes ou familiares destes. Esse julgamento moral fica condicionado por ações repressoras jurídico-policiais (VELOSO e ABREU, 2005).

Como proposta contrária ao ideário proibicionista, a Redução de Danos (RD) foi utilizada pela primeira vez no Brasil em 1989, inicialmente como metodologia na prevenção ao HIV entre usuários (as) de SPA injetáveis (Programa de Troca de Seringas/PTSs). A RD foi ao longo dos anos se tornando uma estratégia de produção

de saúde alternativa a lógica da abstinência, incluindo a diversidade de demandas e ampliando as ofertas em saúde para usuários (as) de psicoativos. A diversificação dessas ofertas sofreu significativo impulso quando, a partir de 2003, as ações de RD deixam de ser exclusivamente dos Programas de DST/AIDS e se tornaram uma ferramenta norteadora da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas e da Política de Saúde Mental (PASSOS e SOUZA, 2011).

Com isso, os (as) assistentes sociais que trabalham nos CAPS AD, devem considerar a RD como a única estratégia que abre o diálogo com a realidade da guerra as drogas e possibilita um novo jeito de pensar os territórios urbanos, vulneráveis e que carregam estigmas diante da sua organização e modo de sobrevivência.

A legislação que possibilitou a prática das ações de RD teve como grandes aliadas a Luta Antimanicomial e Antiproibicionista, na qual foi considerado um avanço importante para a saúde integral da sociedade. Conforme a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2003, p. 11) podemos afirmar que a redução de danos:

[...] é uma estratégia, é porque entendemos que, enquanto tal, e para ter a eficácia que pretende, ela deve ser operada em inter-ações, promovendo o aumento de superfície de contato, criando pontos de referência, viabilizando o acesso e o acolhimento, adscrevendo a clientela e qualificando a demanda, multiplicando as possibilidades de enfrentamento ao problema da dependência no uso do álcool e outras drogas.

Neste ponto, a abordagem se afirma como clínico-política, pois, para que não reste apenas como “mudança comportamental”, a redução de danos deve se dar como ação no território, intervindo na construção de redes de suporte social, com clara pretensão de criar outros movimentos possíveis na cidade, visando avançar em graus de autonomia dos usuários e seus familiares, de modo a lidar com a hetero e a autoviolência muitas vezes decorrentes do uso abusivo do álcool e outras drogas, usando recursos que não sejam repressivos, mas comprometidos com a defesa da vida.

Através das Portarias nº 1.028, de 1º de julho de 2005, e nº 1.059, de 04 de julho de 2005, nas quais determinaram que a redução de danos fosse regulada e recebesse incentivo financeiro para ações nos CAPS AD, foi possível desconstruir um cuidado vinculado somente na “droga”, mas com foco nas pessoas, considerando a integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 2005c, 2005d).

No CAPS AD, conforme as entrevistas supracitadas, nem todos (as) os (as) assistente sociais compõe a lógica da RD, porém, diante da formação e competência ética, necessita distinguir as ideologias de RD e Abstinência/Proibicionismo, para assim, conforme a construção do PTS de cada sujeito, contribuir para a autonomia das pessoas que fazem uso de SPA, considerando seu desejo, seja interrompendo ou reduzindo o uso e evitando situações de riscos e comorbidades, trabalhando na garantia dos direitos sociais e exercício da cidadania das mesmas. Piana (2009, p. 106-107) evidencia que:

A efetivação desses valores preconizados pelo projeto-ético político do Serviço Social ocorrerá por meio do protagonismo da classe trabalhadora na inserção e na participação nos espaços públicos, com poderes de decisão no que lhe diz respeito, na ampliação do conhecimento de direitos e interesses em jogo, da viabilização de meios para a implementação de decisões coletivas, do acesso às regras de negociação com transparência, e com isso o trabalhador social, possa contribuir para a inclusão social da classe trabalhadora na real construção da cidadania e no fortalecimento da democracia.

Veloso e Abreu (2005) também revelaram que o exercício da cidadania é fundamental para que os direitos dos usuários (as) não sejam violados e com isso faz-se referência ao campo teórico-técnico e ao compromisso ético-político do (a) assistente social junto às pessoas que apresentam problemas ou vivem numa condição de sofrimento pelo uso abusivo de SPA. Isto porque entendemos que devemos nos colocar contrários a qualquer forma de relação desumanizante e que implique em atitude desrespeitosa, de fragilização, opressão e discriminação da população usuária dos serviços.

Dessa maneira, refletir sobre as ações do atual governo, e da “nova” Política Nacional sobre Drogas se tornou uma prioridade para a categoria do serviço social. Pois, a centralidade do cuidado sendo pautada na abstinência, desconsiderou a perspectiva da redução de danos, como princípio básico de respeito à autonomia das pessoas que fazem uso de psicoativos e passou a atender aos interesses financeiros de proprietários de comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos, no qual em 2018, mais de R\$ 87 milhões foram designados para comunidades terapêuticas que atendem cerca de 20 mil pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de drogas no país (CFESS, 2019b).

O CFESS (2019b) ainda apontou diversas violações de direitos sobre o modelo proibicionista, vinculadas a comunidades terapêuticas, onde propõe tratamento sob a defesa da religiosidade, obrigando as pessoas que estão sob esse tipo de cuidado: aulas religiosas, cultos, orações, leituras da Bíblia e grupos de espiritualidade, o isolamento de nove meses, a adoção de abstinência, práticas de autoajuda, moralização de comportamentos, a submissão dos (as) usuários (as) ao trabalho obrigatório e sem remuneração, chamada de laborterapia, etc.

Diante das considerações acima, foi possível perceber que as lutas antimanicomial e antiproibicionista necessitam se manter ativas e constantes, dialogando com movimentos sociais afins e órgãos competentes no combate ao conservadorismo e autoritarismo diante de práticas higienistas e truculentas nos grandes centros urbanos e territórios periféricos, para que as pessoas que fazem uso de SPA possam ter acesso a serviços públicos de qualidade, possibilitando um cuidado em liberdade.

Quanto ao projeto profissional, o CFESS (2012) orienta que numa perspectiva crítica da realidade social e institucional consolidada, os (as) assistentes sociais devem reconhecer que o uso de drogas faz parte da rotina de alguns indivíduos sociais, o que exige compreender as diferentes substâncias psicoativas, usos e motivações, bem como os danos sociais e de saúde decorrentes dessas práticas, defendendo a vida dos sujeitos como prioridade absoluta.

Outro ponto relevante faz referência sobre a articulação do CFESS com a Frente Nacional sobre Drogas e Direitos Humanos (FNDDH) e outros movimentos sociais que defendem os seguintes posicionamentos (CFESS, 2013, p. 2):

- Descriminalizar e regular a posse e o cultivo de drogas ilegais para uso pessoal – o consumo de drogas é um ato pessoal.
- Descriminalizar o cultivo para uso pessoal – o cultivo para o próprio consumo não deve ser delito;
- Precisar as definições de “porte para consumo pessoal” e/ou “porte com finalidade de tráfico” – é necessário especificar parâmetros que possibilitem definir e distinguir, explicitando usuários/as e traficantes;
- Atenuar a escala penal para os pequenos atores dessa cadeia do tráfico – os níveis mais baixos dessa cadeia são penalizados como se fossem do alto escalão do tráfico;
- Compartilhar droga a título gratuito não deve se enquadrar como crime ou tráfico;
- Regular as atuais drogas “ilegais”, assim como ocorre com as outras drogas – plantio, cultivo, produção e comercialização, como ocorre com as “drogas legais”;

- Priorizar os tratamentos ambulatoriais em detrimento das internações;
- Fortalecer a estratégia de redução de danos nas políticas de atenção integral a usuários/as de drogas, dentre outras.

Com isso, para o trabalho do (a) assistente social no CAPS AD faz-se necessário considerar as orientações do CFESS referentes aos posicionamentos sobre Redução de Danos e descriminalização do uso de SPA em conjunto com o código de ética profissional, que conforme o 5º princípio discorre sobre: Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática (1993), considerando o aumento significativo do encarceramento de pessoas por uso, porte e tráfico de substâncias psicoativas.

A dualidade de intervenções, seja na RD ou na perspectiva do proibicionismo, tem como base o sistema capitalista, que reproduz desigualdades e se justifica com o discurso moral da “guerra às drogas”, possibilitando a naturalização da criminalização e estigma dos usuários (as) de psicoativos, também pela condição da pobreza, de etnia/raça, de territórios específicos etc.

Para Ramos e Koga (2011, p. 362): “Faz-se necessário, essencialmente, a incorporação do território vivo e vivido, trazendo à tona os aspectos coletivo e público a se fortalecer nas mediações das práticas sociais cotidianas desenvolvidas pelos diferentes agenciadores da própria política pública”, onde o trabalho de assistentes sociais nos CAPS AD pressupõe a compreensão acerca das ideologias de RD e Proibicionismo e suas contradições a fim de conhecer e movimentar as redes comunitárias e de serviços, considerando a participação popular, respeitando o desejo dos (as) usuários (as) e o processo do seu PTS no cuidado em saúde, democratizando informações que vão ao encontro da garantia de direitos.

A seguir será abordado o tema das famílias, conforme análise das entrevistas.

3.2.6 Família

A importância de compreender os aspectos relacionados às perspectivas de RD e Proibicionismo corroboram para o trabalho dos (as) assistentes sociais em relação ao atendimento das famílias dos usuários (as) nos CAPS AD e para dar andamento à temática que será verificada, serão demonstradas as seguintes entrevistas:

Silva (2019, p. 146-147) descreveu que: “AS1 cita que para organizar seu trabalho com usuários, gosta de pensar no perfil do usuário e da família, trabalha nos grupos com textos, refletindo sobre todas as posições e ações das pessoas”.

Para Landim (2015, p. 100):

A gente tem um grupo de família, que no momento só é um grupo, um turno por semana [...]. Muitas vezes o paciente nem é paciente ainda e a família é atendida ou já foi paciente e a família continua vindo pro atendimento. É mais nesse sentido do acolhimento à família, das demandas.’ (AS 5).

Já Pereira (2011, p. 101) descreve a entrevista sobre as ações realizadas pelos (as) assistentes sociais no CAPS AD: “Acho que principalmente o acolhimento dos usuários e da família [...] (A.S 03)”. Tuon apresentou que (2011, p. 59):

Com relação às famílias o fato é de muitos deles não têm família. Há também dificuldade em se fazer visitas domiciliares devido à falta de tempo para isso. Seria muito importante a realização de mais grupos específicos para familiares para orientá-los como lidar com a dependência química de seu familiar, mas muito deles não podem vir no horário de funcionamento do CAPS porque estão trabalhando Sujeito 3.

Para Pinheiro (2017) as entrevistas não mencionaram a articulação do trabalho do (a) assistente social com as famílias, justificada devido às dificuldades enfrentadas no cotidiano do exercício profissional, porém uma das entrevistadas por ela descreveu a seguinte situação:

Olha, eu acho que essa internação compulsória, é o grito da família pra de repente parar um pouco. Eu não concordo [...] mas eu vejo que as famílias, elas sofrem muito... Eu acho que quando elas levam o paciente é porque elas estão dizendo: “Olha, não dá mais!” Tô aqui! Normalmente, são pessoas idosas, que tão sendo ameaçadas por eles mesmos, são mais frágeis [...] Complicado tu dizer assim: - Não, eu sou contra! Eu sou a favor! Eu não aceito! (ENTREVISTADA 1, 2017). (PINHEIRO, 2017, p. 58).

Considerando as descrições acima, a família é

[...] identificada como uma das mais antigas instituições balizadoras de valores e tradicionalmente considerada base da sociedade, sobretudo no contexto brasileiro [...], a família brasileira tem mantido várias funções protetivas e identitárias, tendo sua caracterização

singularizada em cada momento histórico, político e econômico que viveu o país. (SILVA e ROSA, 2014, p. 255).

No Art. 226 da Constituição Federal de 1988, “[...] a família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado”, em que a união estável entre homem e mulher, divórcio entre os casais, mesmos direitos e deveres entre a união conjugal e a família formada por somente um dos pais e seus descendentes foi reconhecida (BRASIL, 1988a).

Conforme a Política Nacional de Assistência Social, a família:

[...] independentemente dos formatos ou modelos que assume, é mediadora das relações entre os sujeitos e a coletividade, delimitando, continuamente os deslocamentos entre o público e o privado, bem como geradora de modalidades comunitárias de vida. Todavia, não se pode desconsiderar que ela se caracteriza como um espaço contraditório, cuja dinâmica cotidiana de convivência é marcada por conflitos e geralmente, também, por desigualdades, além de que nas sociedades capitalistas a família é fundamental no âmbito da proteção social. Em segundo lugar, é preponderante retomar que as novas feições da família estão intrínseca e dialeticamente condicionadas às transformações societárias contemporâneas, ou seja, às transformações econômicas e sociais, de hábitos e costumes e ao avanço da ciência e da tecnologia. O novo cenário tem remetido à discussão do que seja a família, uma vez que as três dimensões clássicas de sua definição (sexualidade, procriação e convivência) já não têm o mesmo grau de imbricamento que se acreditava outrora. Nesta perspectiva, podemos dizer que estamos diante de uma família quando encontramos um conjunto de pessoas que se acham unidas por laços consangüíneos, afetivos e, ou, de solidariedade. (BRASIL, 2005b).

O trabalho realizado pelos (as) assistentes sociais referentes ao atendimento com famílias sempre esteve presente desde o nascimento da profissão. A intervenção profissional com famílias no Brasil surge associada

[...] aos movimentos de ação social numa proposta de dinamização da missão política de apostolado social junto as classes subalternas, particularmente junto a família operária. Ou seja, o alvo predominante do exercício profissional é o trabalhador e a sua família, em todos os espaços ocupacionais. (IAMAMOTO, 1983 *apud* MIOTO, 2010, p. 163-164).

Netto (1996, p. 92) também demonstra que:

A funcionalidade histórica-social do Serviço Social aparece definida precisamente enquanto uma tecnologia de organização dos componentes heterogêneos da cotidianidade de grupos sociais determinados para ressitua-los no âmbito dessa mesma estrutura do cotidiano – o disciplinamento da família operária, a ordenação de orçamentos domésticos, a recondução às normas vigentes de comportamentos transgressores, ou potencialmente transgressores, a ocupação de tempos livres, processos compactos de ressocialização dirigida, etc.

Do ponto de vista de Netto, o trabalho do (a) assistente social fazia referência ao ajustamento da classe trabalhadora e suas famílias atendendo aos interesses do sistema capitalista, no qual Miotto (2010) também destacou o método do serviço social de caso e a terapia familiar, ambos alinhados com o serviço social americano, no período da consolidação da profissão e que nessa fase os (as) assistentes sociais

[...] aprimoraram os seus instrumentos e técnicas direcionados para o processo de averiguação e controle dos modos de vida das famílias, especialmente através de um forte processo de burocratização dos procedimentos e de regulamentação para a condução do atendimento às famílias. (MIOTTO, 2010, p. 164).

Com o avanço teórico-metodológico e a construção do projeto ético-político do serviço social baseadas na teoria social de Marx, Iamamoto (2008b, p. 223) considera “[...] um amplo movimento de lutas pela democratização da sociedade e do Estado no país, com forte presença de lutas operárias que impulsionaram a crise da ditadura do grande capital”, foi instituído um novo modo de trabalho e de reflexão nos atendimentos com famílias. Este passa de problemas familiares ou “casos de família” para a compreensão das demandas e das expressões da questão social, considerando que o trabalho de assistentes sociais seja teleológico e possa superar a dimensão técnica-operativa, comprometendo-se com a transformação social e garantia do exercício da cidadania (MIOTTO, 2010).

O trabalho de assistentes sociais, tendo como objeto as expressões da questão social, compreende a família e suas relações como cerne das ações profissionais, além disso, deve considerar a amplitude do seu conceito e as mudanças que se estabelecem, segundo Miotto (2010, p. 168-169)

[...] na sociabilidade marcada pelo aumento da tensão entre os processos de individuação e pertencimento. Tais indicadores sinalizam que a família não tem condições objetivas de arcar com as

exigências que estão sendo colocadas sobre ela na sociedade contemporânea, especialmente nos países como o Brasil que é marcado por uma desigualdade estrutural.

Dessa maneira, apreendemos que o Estado tem a função de proteção das famílias, porém de maneira contraditória, “[...] entra na rota da focalização das políticas públicas nos seguimentos mais pauperizados da população, fortalece significativamente o mercado enquanto instância de provisão de bem-estar e aposta na organização sociedade civil como provedora” (MIOTO, 2010, p. 170).

Um avanço relacionado às famílias, compreende sua participação na Reforma Psiquiátrica, no processo de desinstitucionalização e de implementação dos serviços substitutivos, vinculada ao Movimento da Luta Antimanicomial, conselhos de saúde e conferências, tendo o CAPS, nas suas diferentes modalidades, como serviço primordial com o objetivo de oferecer atendimento não só aos (às) usuários (as), mas também as suas famílias.

De acordo com Robaina (2010), historicamente o trabalho com famílias na saúde mental tem sido direcionado aos (às) assistentes sociais, devido ao vasto conhecimento e domínio nessa área. No CAPS AD como ordenador do cuidado psicossocial, o atendimento aos familiares se objetiva através do acolhimento, atendimento individual, grupos e participação nas assembleias. O trabalho de assistentes sociais no CAPS AD, além de realizar esses atendimentos, tem como pressuposto técnico-operativo a orientação e o acompanhamento, que conforme Miotto (2009, p. 4):

[...] tradicionalmente vinculados ao atendimento de demandas singulares de indivíduos, grupos e famílias, configuram-se como ações socioeducativas que se desenvolvem nos processos socioassistenciais e que se articulam organicamente com os processos de planejamento e gestão e com os processos político-organizativos.

Nesse sentido, o trabalho de assistentes sociais, deve pautar-se em planejar as suas ações de maneira inovadora e criativa, considerando aspectos singulares de cada família, compreendendo, propondo e dialogando coletivamente sobre as questões similares que vão se constituindo ao longo dos acompanhamentos.

Ao refletir sobre a entrevista de Landim (2015), muitos familiares são atendidos no CAPS AD antes mesmo dos (as) usuários (as); assim, o vínculo que se estabelece

entre profissional/serviço e familiares deve ser enfatizado, superando as demandas imediatas trazidas pelas famílias. Dessa forma, os (as) assistentes sociais deverão atentar para alguns elementos importantes, que, conforme Robaina (2010, p. 346), dizem respeito a:

[...] qual é o perfil das famílias usuárias daquele equipamento, no que diz respeito a gênero, renda, inserção no mercado de trabalho, rede de apoio? Que políticas sociais podem ser acionadas para suportes desses grupos? Que modelo de atenção às famílias está disponível no serviço no que se refere, por exemplo, ao seu papel: ela é coadjuvante no tratamento ou objeto de atenção? Os horários de realização dos grupos de familiares são compatíveis com suas inserções no mercado de trabalho? Como o serviço compartilha o cuidado contínuo dos usuários? As ações no serviço atendem às demandas materiais dessas famílias? O perfil e as preocupações das famílias são requisitos para a formulação dos programas e projetos?

Posto isso, o trabalho de assistentes sociais nos CAPS AD com famílias deve estar pautado pela abrangência de múltiplos fatores, e a questão de gênero novamente se coloca como primordial, já que as famílias que se apresentam nos serviços são frequentemente formadas por mulheres. Diante dessa observação, Miotto (2010, p. 174) relacionou o exercício da profissão a três grandes processos:

Os processos político organizativos no trabalho com famílias implicam em ações que privilegiem e incrementem a discussão da relação família e proteção social na esfera pública, visando o rompimento com a ideologia vigente da família como responsável da proteção social, buscando a garantia e ampliação dos direitos sociais. Ações que considerem não só as necessidades imediatas, mas prospectam, a médio e a longo prazos, a construção de novos padrões de sociabilidade entre os sujeitos. As ações nesse âmbito possuem caráter coletivo e dentre elas destacam-se as de assessoria e mobilização junto às famílias, aos conselhos de direitos e aos movimentos sociais organizados. **Os processos de planejamento e gestão** vinculam o conjunto de ações profissionais desenvolvidas com enfoque no planejamento institucional como instrumento de gestão e gerência de políticas e serviços. Buscam o deslocamento do foco do atendimento dos objetivos institucionais para o atendimento das necessidades das famílias. Nesse sentido é fundamental a interferência no sentido de construir práticas efetivas de intersetorialidade, ou de gerir as relações interinstitucionais na busca de aliviar a carga de trabalho impingida pelos serviços às famílias. Ou seja, para reverter o processo de responsabilização da família pelo cuidado, prática tão naturalizada no âmbito de equipes multidisciplinares. Finalmente **os processos sócio-assistenciais** correspondem as ações profissionais desenvolvidas diretamente com as famílias. Sua lógica reside em atendê-las enquanto sujeitos e não

como objetos terapêuticos. Assim, busca-se responder às suas demandas/necessidades numa perspectiva de construção da autonomia. Autonomia que lhes permitam um engajamento ativo no contexto da participação política.

Portanto, é indispensável que o (a) assistente social contribua para esse processo de autonomia e possa orientar e acompanhar os usuários (as) e suas famílias. Pois, pensar o modo que a sociedade vem se organizando, numa perspectiva individual, onde muitas vezes as famílias estão sozinhas nesse cuidado e também são estigmatizadas pela condição de saúde e outras determinações dos (as) usuários (as) de SPA, o CAPS AD passa a ser uma referência fundamental para atendimento das suas demandas e fortalecimento dos vínculos familiares, conforme o PTS estabelecido e com a coparticipação de todos os atores envolvidos, usuário (a), família e serviço.

Uma das entrevistas referiu-se sobre muitos usuários (as) que acessam o CAPS AD não possuem família. Diante dessa abordagem foi possível repensar o conceito de família exposto anteriormente, onde outras possibilidades, como laços de afeto e solidariedade devem ser consideradas. Outro ponto de análise sobre essa descrição diz respeito ao vínculo familiar fragilizado e/ou rompido com os usuários (as) de psicoativos, ou muitos usuários (as) que foram institucionalizados na infância e desde então não tiveram laços que considerassem familiares.

O trabalho do (a) assistente social diante da possibilidade do restabelecimento de vínculos familiares fragilizados ou rompidos, perante a demanda e/ou desejo dos (as) usuários, deve compreender a insuficiência de ações de um Estado neoliberal e das políticas sociais, em que afetam diretamente a vida e organização das famílias.

Sobre a solicitação de internação e a relação das famílias nesse processo, parte-se da necessidade de entender quais os tipos de internação que o CAPS AD pode encaminhar, segundo a Lei nº 13.840, de 05 de junho de 2019 que altera a Lei nº 11.343/2006, há duas modalidades: Internação voluntária: “aquela que se dá com o consentimento do dependente de drogas, no qual deverá ser precedida de declaração escrita da pessoa solicitante de que optou por este regime de tratamento”. Internação Involuntária:

[...] aquela que se dá, sem o consentimento do dependente, a pedido de familiar ou do responsável legal ou, na absoluta falta deste, de servidor público da área de saúde, da assistência social ou dos órgãos

públicos integrantes do Sisnad, com exceção de servidores da área de segurança pública, que constate a existência de motivos que justifiquem a medida.

A Lei também descreve que em ambas as internações, há necessidade de laudo médico e comprovada a impossibilidade de outras alternativas de cuidado na rede psicossocial (BRASIL, 2019c).

Sobre a internação compulsória (expedida judicialmente), esta modalidade não foi citada nessa nova lei. Porém, sem a necessidade de autorização judicial, foi aberto um precedente para internações indevidas, de encontro ao cuidado em liberdade de pessoas que fazem uso de psicoativos. O CFESS (2019a) ressaltou a ambivalência dessa legislação, que ao mesmo tempo descreve que qualquer pessoa ou servidor público, com exceção dos agentes de segurança pública, pode solicitar a internação involuntária e logo após afirma a necessidade de laudo médico para avaliação dos riscos.

Diante dessas considerações, quando um familiar recorre ao CAPS AD solicitando internação involuntária, sempre será realizada uma avaliação médica, e, somente após, o (a) usuário (a) poderá ser ou não encaminhado (a) involuntariamente para internação. Também podemos refletir que o ideário proibicionista vem sendo disseminado há anos na sociedade, contribuindo para que as famílias concluam que a abstinência, e, por consequência, a internação seja o único tratamento para pessoas que fazem uso de SPA, quando muitas vezes os (as) usuários (as) de SPA e suas famílias nunca acessaram o CAPS AD como possibilidade de cuidado.

Ao atender famílias que solicitem a internação involuntária, o trabalho de assistentes sociais nos CAPS AD deve ter como proposta a vinculação desses familiares no serviço, considerando a rede intersetorial e recursos como visitas domiciliares em conjunto com serviço de atenção básica, no qual permite facilitar o acesso no território de referência do (a) usuário (a) e familiares, assim, esse vínculo se potencializará em ambos os serviços. Também democratizar as informações sobre a relevância do CAPS AD e seus direitos sociais no qual Mioto (2009, p. 5) descreve como “ações socioeducativas”, apresentando suas atividades e a possibilidade do cuidado em liberdade, considerando articulação com a rede intersetorial, o atendimento e acompanhamento estratégicos de atenção à saúde psicossocial para usuário (a) e familiar no CAPS AD.

Em seguida, será exposto o conteúdo referente ao perfil socioeconômico dos (as) usuários (as) descrito nas entrevistas apreciadas.

3.2.7 Perfil socioeconômico dos (as) usuários (as)

Sobre o perfil socioeconômico dos (as) usuários (as) de SPA dos CAPS AD, apenas uma dissertação de mestrado apresentou essa temática. Os questionamentos realizados pela autora foram descritos nos trechos apresentadas abaixo.

Entrevistada 1 (2017): a maioria são pessoas em situação de desemprego, que possui baixo nível de escolaridade, não possuem renda, e sobrevivem, muitas vezes, da ajuda da família ou dos benefícios socioassistenciais do Governo Federal, como o Programa Bolsa Família, e tem àqueles que estão sob perícia médica e suprem suas necessidades sociais por meio do auxílio doença. Participam do serviço, também, usuários/as que estão inseridos no mercado de trabalho, mas esse público é bastante minoritário e não reflete a realidade da maioria, bem como, os profissionais autônomos que sobrevivem de trabalhos esporádicos. [...].

Em consonância com a Entrevistada 2 (2017) há vários usuários comprometidos com a justiça criminal. A assistente social relatou dificuldades em relação ao direito e afirmou que acompanha os/as usuários/as em audiências judiciais e nas perícias do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), principalmente aqueles que possuem vínculos familiares fragilizados, ou não possui vínculo com a família. (PINHEIRO, 2017, p. 82).

As entrevistas acima não trazem o perfil socioeconômico dos usuários do CAPS AD em relação à sua idade e à sua raça/cor/etnia. Porém, apresentaram algumas expressões da questão social, dentre elas: o desemprego estrutural, o trabalho (informal, precarizado, terceirizado), a baixa escolaridade, o acesso a políticas de assistência social, a vulnerabilidade social, a fragilidade ou rompimento dos vínculos familiares e usuários em processo judicial criminal – situação em que ainda se observou a questão da busca pela autonomia e da garantia do acesso devido ao acompanhamento de assistentes sociais dos (as) usuários (as) em audiências judiciais e perícias no Instituto Nacional de Seguro Social (INSS).

Outra situação que podemos salientar é que as respostas das entrevistas das demais produções acadêmicas não abordaram o perfil socioeconômico da população atendida, o que é primordial para o trabalho de assistentes sociais nos CAPS AD.

Ao retratar o perfil socioeconômico descrito acima, podemos entender que as pessoas que fazem uso/abuso de psicoativos estão excluídas socialmente por não serem consideradas produtivas para o capital. O Estado neoliberal amplia essa exclusão através de medidas que não contemplam a universalização das políticas sociais. Para a compreensão dessas circunstâncias, o trabalho do (a) assistente social no CAPS AD deve abranger no nível macro as seguintes ponderações explanadas por Behring (2011, p. 9-10):

Na verdade, temos uma forte reação burguesa à crise do capital, desde os anos 1980, que vem desencadeando processos regressivos [...], tem-se a contrarreforma do Estado, com o redirecionamento do fundo público para assegurar as condições gerais de produção e reprodução do capital, processo este coordenado pelas necessidades do capital portador de juros. Neste passo, são alocados menos recursos à reprodução da força de trabalho, fragilizando as políticas sociais de caráter universal e forçando a lógica do custo benefício para a proteção social, e não a lógica do direito. [...] as respostas às novas expressões da questão social – cuja origem se encontra na lei geral da acumulação capitalista – têm vindo: na forma da criminalização da pobreza, com uma ampliação desmesurada da população carcerária, especialmente de homens jovens que compõem a população economicamente ativa, de um lado; e por meio de políticas sociais focalizadas e de gestão da barbárie, de outro. A exemplo de programas de transferência de renda com critérios draconianos de acesso e valores ínfimos, para assegurar a ética do trabalho num ambiente que não oferece empregos protegidos para todas e todos. Tais programas se centram na presença e participação das mulheres, sobrecarregadas com a dupla ou tripla jornada de trabalho e a viabilização de programas sociais e suas contrapartidas.

Nesse sentido, os (as) assistentes sociais devem estar atentos aos movimentos de um sistema capitalista que se mantém vivo e mutável e que corrobora para que as ações do Estado não sejam capazes de garantir os direitos básicos do seu povo. Ao refletir sobre as inúmeras expressões da questão social trazidas pela autora acima, podemos vinculá-las à concepção da violência estrutural, que explicita que “[...] o sujeito antes de cometer uma violência, já é anteriormente violentado, quando não tem acesso a educação, saúde, trabalho e outros direitos fundamentais à sobrevivência” (CAVALLI, 2009, p. 8).

Diante das mazelas que o capitalismo perpetua ao mesmo tempo em que descarta centenas de pessoas com uma produtividade em potencial, outros mecanismos de inserção foram construídos como contraponto ao sistema neoliberal. Pode-se enfatizar as normativas internacionais e brasileiras que ganharam visibilidade

e aplicabilidade, com o exemplo da Lei de Cotas, segundo a qual pessoas com deficiências (físicas e mentais) são incluídas no processo do capital, considerando suas subjetividades, a fim de possibilitar inclusão social (BRASIL, 1991).

Outro ponto observado é o processo de realização, sendo esse um dos pontos mais altos da negação de direitos sociais que acomete alguns/algumas usuários (as) que fazem uso de SPA. Em relação a esse processo, mesmo que os (as) entrevistados (as) não o tenham trazido como referência, ele é uma possibilidade que compõe esse perfil, tendo em vista as considerações anteriores. Prates et al. (2013, p. 1) demonstram que:

O contexto brasileiro mostra as condições culturais e a gênese da identidade subalternizada que historicamente caracterizou o seu povo, resultado de uma herança colonialista, patrimonialista, e escravocrata, agravada pelos extensos períodos de ditadura e coerção, fazendo com que os processos de participação, e conseqüentemente a qualidade do debate público, fossem fragilizados e inibidos, enquanto práticas cotidianas, ao longo da história do país.

Salientando as condições em que pessoas em situação de rua vivem na contemporaneidade, podemos refletir sobre alguns avanços normativos, utilizados como base para implementação de políticas direcionadas a esse público, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos, onde reconheceu que todas as pessoas são iguais em dignidade e em direitos e não podem ser discriminadas independentemente de cor, raça, gênero, língua, religião, opinião política, situação social etc. (ONU, 1948).

Outra legislação importante é a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que no seu Art. 6º que legitima os direitos sociais, como “[...] a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 1988a).

Nesse âmbito, diante de tensionamentos e lutas dos movimentos sociais, conselhos nacionais, estaduais e municipais de políticas como assistência social e saúde, onde atuaram através da participação popular para reivindicação de garantias aos direitos dos cidadãos, foi possível instituir segundo Decreto Presidencial nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009, a Política Nacional para a População em Situação de Rua, no qual a considerou como

[...] grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória. (BRASIL, 2009).

Refletindo sobre a pandemia da covid-19¹⁹ instaurada mundialmente, no qual teve seus primeiros casos no Brasil no início do ano de 2020, analisamos que mesmo a pandemia ter atingido todas as populações, independentemente de classe social, gênero, idade, raça/etnia, etc., em nível global, compreendemos que as pessoas em vulnerabilidade social foram as mais atingidas e que as pessoas em situação de rua, as menos assistidas. Com a situação agravada pela pandemia, os diferentes serviços de saúde se reorganizaram pra atender essa demanda, no qual Matos (2020, p. 3) descreveu:

A pandemia impôs aos serviços de saúde reestruturações: suspensão de cirurgias eletivas nos ambulatórios especializados e hospitais; “transformação” de leitos direcionados para os agravos decorrentes da COVID-19; suspensão de consultas ambulatoriais de rotina para evitar aglomerações e etc. Cada serviço de saúde estabeleceu suas prioridades de atendimento.

As orientações dos órgãos de saúde pública fazem referência ao uso de máscara, distanciamento social, higienização das mãos, modificou toda a estrutura de funcionamento e o acesso aos serviços de saúde da população passa a ter um controle, a fim de evitar a disseminação do vírus na sociedade. Ainda foi lançada na mídia e nas redes sociais a frase que até hoje tem sido usada, “fique em casa”. Porém, essa frase não é compatível diante da condição de pobreza extrema em que vivem as pessoas em situação de rua.

Para exemplificar essa incompatibilidade, no município de Porto Alegre, foi criado um projeto de extensão coordenada por docentes do Departamento de Saúde

¹⁹ “A Covid-19 é uma infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, potencialmente grave, de elevada transmissibilidade e de distribuição global. O SARS-CoV-2 é um betacoronavírus descoberto em amostras de lavado broncoalveolar obtidas de pacientes com pneumonia de causa desconhecida na cidade de Wuhan, província de Hubei, China, em dezembro de 2019. Pertence ao subgênero Sarbecovírus da família Coronaviridae e é o sétimo coronavírus conhecido a infectar seres humanos” (BRASIL, 2021b).

Coletiva da Escola de Enfermagem da UFRGS, nomeado Rede de Solidariedade da POPRUA. Perante os representantes da sociedade civil, trabalhadores da SMS e de outros serviços públicos, conveniados de saúde e assistência social, movimentos sociais, e outras instituições, constituiu-se um grupo suprapartidário para construção de um plano de ações de proteção da população em situação de rua (PSR) ante os riscos da pandemia do coronavírus (covid-19), no qual foi elaborado uma carta protocolada para o Sr. Prefeito e Sr. Secretário da Saúde solicitando: 1) acesso a água e sabão, com o deslacre de todas as torneiras de praças e parques e abertura de banheiros; 2) ampliação da oferta de alimentação; 3) ampliação dos cuidados em saúde (REDE..., 2020).

Esse documento foi construído em função de uma pandemia, mas podemos considerar que antes mesmo do covid-19 se instaurar em Porto Alegre essas demandas já eram existentes, reforçando as violações de direitos, aqui representada pela prefeitura do município, diante da população em situação de rua.

Ainda há o aspecto de moradia e vagas em albergues e abrigos como espaço de proteção, esses não coincidiam com os números de pessoas em situação de rua, demonstrados pelos dados da última pesquisa do IPEA, no qual, comprovam o aumento de 140% dessa população (período de setembro de 2012 a junho de 2020), considerando as regiões norte, nordeste, sudeste, sul e centro-oeste do Brasil (IPEA, 2020).

A pandemia por covid-19 deixou ainda mais aparente a realidade brasileira, no que diz respeito ao desmantelamento do SUS, e a sua importância para todas e todos os brasileiros, pois se consideramos que os determinantes sociais de saúde se referem às condições de vida das pessoas, afirmamos que estamos vivendo uma das piores fases em função do descaso da saúde pública por parte do Estado. Segundo site do governo federal *Coronavírus Brasil* (BRASIL, 2021a), nosso país conta com mais de 444 mil óbitos e mais de 15 milhões de casos, sendo um dos países que mais transmite o vírus, e com maior número de mortes.

Os discursos presidenciais, ações e falas do presidente Jair Messias Bolsonaro, desde o início da pandemia, menosprezam a potencialidade do vírus, que inclusive possui várias mutações. Ao aparecer sem máscara, desrespeitar o isolamento social, apresentando uma repulsa à ciência, um Ministério da Saúde que por meses, não possuía qualificação técnica, sem ética, e defender que a economia é mais importante que as vidas dos brasileiros (as) etc., há um sentimento de medo da população, pois

o resultado de um governo genocida é retratado por tantas famílias que nunca serão as mesmas depois da perda dos seus entes, mesmo com a existência de vacina contra a covid-19 e por toda a insegurança que se alastrou, favorecendo o sistema do capital que mesmo provando com essa pandemia a sua ineficiência, se mantém vivo.

Retomando o conteúdo das entrevistas, podemos analisar que o trabalho de assistentes sociais nos CAPS AD quando acompanha os (as) usuários (as) a perícias no INSS, audiências judiciais, ou em alguma outra instituição, trata-se de garantir o direito de cidadania dos mesmos. Ainda é possível refletir sobre as ações socioeducativas, trabalho interdisciplinar e intersetorial vinculadas à particularidade de cada usuário (a) para que se evolua o processo de autonomia das pessoas e suas famílias. Contudo, devemos estar atentos (as) aos procedimentos burocráticos na previdência social, a exemplo do INSS, pois as maiorias dos atendimentos passaram a ser via telefone e online, onde o direito dos (as) usuários (as) não são garantidos, influenciando diretamente ao não acesso de recursos básicos, como a alimentação.

No âmbito da previdência social, as contrarreformas centraram-se principalmente em: 1) alteração do texto constitucional (EC 103/2019) acentuando a restrição no acesso a benefícios previdenciários e 2) sucateamento dos serviços prestados nas agências de previdência social, com conseqüente limitação e morosidade no acesso aos benefícios e serviços previdenciários e assistenciais com o “INSS digital”. Nesse processo, o Serviço Social é um dos serviços que vem sendo fortemente atacado pelas gestões governamentais a partir de 2016, com tentativas de exclusão ou restrição de acesso à Previdência Social, a exemplo da atual MP 905/2019. (CFESS, 2020, p. 36-37).

Num país onde há um nível alto de desigualdade social como o Brasil, e seguiu aumentando diante da pandemia, outro exemplo sobre dificuldade de acesso deu-se através do auxílio emergencial²⁰, em que todo o processo de cadastro e pagamento é realizado por conta digital. Diante dessa questão, nem todas as pessoas possuem acesso a smartphones, e-mails etc. por conseqüência não tiveram seu direito garantido.

Conforme essas considerações complexas e para as quais parece não haver saída, a categoria profissional do serviço social não deve naturalizar o não direito, a partir das dificuldades dentro dos espaços institucionais, considerando também aqui

²⁰ O auxílio emergencial aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado pela Presidência da República é um benefício para garantir uma renda mínima aos brasileiros em situação mais vulnerável durante a pandemia do Covid-19 (novo coronavírus), já que muitas atividades econômicas foram gravemente afetadas pela crise (BRASIL, 2020a).

a classe trabalhadora que estão atuando na linha de frente da pandemia e nos serviços essenciais como CAPS AD.

O que se pretende enfatizar é que a intervenção de natureza técnico-operativa não é neutra: ela está travejada pela dimensão ético-política e esta por sua vez, encontra-se aportada em fundamentos teóricos, donde a capacidade de o profissional vir a compreender os limites e possibilidades não como algo interno, ou inerente ao próprio exercício profissional, mas como parte do movimento contraditório constitutivo da realidade social. (GUERRA, 2012, p. 40).

Contudo, o trabalho de assistentes sociais nos CAPS AD deve colaborar, a partir desse olhar, com o real, que é contínuo e contraditório, e dialogar com a equipe multidisciplinar e de coordenação a fim de debater sobre proposições de ações possíveis para o acolhimento de todos os (as) usuários (as), mesmo em tempos tão difíceis como na atualidade.

3.2.8 Dimensão técnico-operativa do trabalho de assistentes sociais no CAPS AD

A relação com a dimensão técnico-operativa será demonstrada a partir de algumas atividades expostas nas entrevistas dos/das assistentes sociais nos CAPS AD. Para Pereira (2011, p. 105) as atividades “[...] são inúmeras, desde viabilizar benefícios eventuais, né, o acompanhamento sócio-jurídico, atendimento institucional no presídio, cartório, bem como a emissão de laudos, parecer e encaminhamentos diversos né (A.S 12)”.

Já Landim (2015, p. 96) descreveu que “Nós temos uns atendimentos individuais e são nesses atendimentos que gente faz a escuta e também a construção do projeto terapêutico (AS 2)”.

Espíndola (2010, p. 112) retratou que o serviço social

[...] está diluído nas outras atividades que não são específicas da sua profissão, então a gente fica com uma demanda grande. Além de fazer o grupo, tem que fazer o atendimento, tem que evoluir prontuário, tem que fazer laudo, tem uma série de atividades que acabam prendendo a gente dentro do CAPs (E2).

Vieira (2018, p. 98) explicita que as atividades são o “[...] acolhimento, escuta, informação aos usuários e familiares, encaminhamentos, acompanhamento de evolução, participação em atividades socioeducativas, reuniões multidisciplinar, com o usuário e a família. (Entrevistada 08)”. E para Tuon (2011, p. 51):

‘No CAPS AD, de uma maneira geral, os dias são muito dinâmicos. Não há uma rotina, mas, atividades programadas. Em um dia o Assistente atende um grupo de famílias, realiza entrevistas com alguns pacientes...’ Na realidade não só nos CAPS ad, como também nos outros Caps e na Saúde Mental em geral, há uma multiplicidade de funções de todos os profissionais’ Sujeito 6.

A partir das entrevistas acima podemos identificar algumas atividades realizadas pelos (as) assistentes sociais nos CAPS AD com usuários (as) e/ou seus familiares, são elas: atendimentos individuais e em grupos, articulação intersetorial, visitas institucionais, democratização das informações para acesso aos direitos sociais, encaminhamentos, realização de relatórios sociais, evolução em prontuário do (a) usuário (a), reuniões com equipe multidisciplinar etc.

Considerando a organização do CAPS AD quanto à equipe e os atendimentos, os (as) assistentes sociais e alguns profissionais da equipe, exercem uma função dentro do serviço, chamada técnico de referência, no qual Miranda e Onocko-Campos (2010, p. 1153-1154) denominaram de:

[...] trabalho de referência, organizado através de profissionais ou equipes de referência. Seu funcionamento baseia-se na formação de vínculo entre usuários e profissionais e na co-construção do tratamento, de tal modo que, mediante a elaboração compartilhada do projeto terapêutico, um profissional ou um grupo deles toma para si os encargos do acompanhamento do paciente em suas diferentes facetas, tais como questões emocionais, familiares, educacionais, habitacionais, laborais e financeiras.

Nesse sentido, o técnico de referência dentro do CAPS AD é responsável pelo PTS dos (as) usuários (as) e realiza uma série de atividades que, de uma maneira geral, sofrem alterações dependendo das atribuições privativas dos profissionais. O (a) assistente social, além das dimensões ético-política e teórico-metodológica, exerce, no cotidiano do seu trabalho, a dimensão técnico-operativa

[...] e constrói uma determinada cultura, um ethos profissional. É através da mesma que o assistente social articula um conjunto de

saberes, recriando-lhes, dando-lhes uma forma peculiar, e constrói um fazer que é socialmente produzido e culturalmente compartilhado [...]. (GUERRA, 2012, p. 42).

No dia a dia do CAPS AD os atendimentos que chegam, a partir das demandas espontâneas, exigem dos (as) assistentes sociais respostas rápidas aos múltiplos fatores que incidem na vida dos (as) usuários (as), Matos (2015, p. 685) traz a compreensão do cotidiano e reforça:

O cotidiano é o espaço das respostas imediatas em todas as esferas da nossa sociabilidade, inclusive as relativas ao trabalho. Logo, se estivermos mais qualificados(as), daremos, no trabalho, respostas melhores. Se efetivamente internalizarmos os valores do projeto ético-político, que são emancipatórios, daremos respostas emancipatórias para a “dureza” do dia a dia – que naturaliza a desigualdade social, estimula o preconceito, desqualifica os indivíduos fora do padrão dominante etc. –, tanto no trabalho como nas outras esferas da sociabilidade.

Quando o autor se refere à “dureza do dia a dia”, diante das diversas expressões da questão social, refletimos que o trabalho de assistentes sociais nos CAPS AD é também de compreender que as três dimensões que norteiam a categoria devem estar junto ao cotidiano do fazer profissional. Assim, deve-se trazer a racionalidade para os atendimentos e o dever ético

[...] através de uma reflexão crítica, incentivando atitudes conscientes, destinadas a escolhas que ultrapassam o nível do ‘eu’ singular e adquirem uma amplitude coletiva: social, humana. Como crítica sistemática a alienação moral, a ética é crítica a vida cotidiana em seus aspectos morais [...]. (BARROCO, 2008, p. 83-84).

Os (as) assistentes sociais, no que diz respeito à ética e à toda a construção histórica da profissão, são respaldados (as) pelo seu código de ética, segundo o qual, “Constitui direito do (a) assistente social manter o sigilo profissional”, conforme Art. 15, Capítulo V (BRASIL, [1993] 2019a). O sigilo profissional é um direito do (a) assistente social e também dos usuários, o que contribui muito na vinculação com o serviço e PTS, estabelecendo uma esfera confiável diante de demandas complexas, mas que garantem a dignidade humana, diante de tantas ações moralistas e vexatórias, que não condizem com a instrumentalidade e projeto ético-político da profissão.

A energia dos agentes potencializada no instrumental permite a operacionalização do projeto. Deste modo os agentes profissionais, enquanto desenvolvem uma atividade, não são apenas técnicos como também críticos, já que o domínio do instrumental requisita-lhe um conhecimento das finalidades e das formas de alcançá-las, e essas não se encerram na razão de ser do Serviço Social. Antes, incorporam a razão de conhecer a profissão, suas condições e possibilidades. Ao atribuir autonomia as metodologias de ação e ao instrumental técnico, ao separá-los e torná-los independentes do projeto profissional, o assistente social acaba por transformar o que é acessório, em essencial. O fetiche, “enquanto escopo do mundo moderno” também penetra as representações e auto-representações dos assistentes sociais sobre os elementos que mediatizam a sua intervenção. (GUERRA, 1999, p. 169).

A autora acima revela que o trabalho de assistentes sociais deve estar pautado na práxis, explicada por Guerra (1999, p. 190) como:

[...] as articulações, o movimento que engendra as passagens entre teoria e prática, ao elevá-las a um estágio superior que contempla suas múltiplas determinações, convertem-na em práxis. Esta conversão, que se realiza por um processo de mediações, a nosso ver encontra na racionalidade uma mediação privilegiada.

E o fetiche, assim como a ideia de eficácia e resolutividade rápida para casos complexos, conforme demandas trazidas pelos (as) usuários (as) dos CAPS AD, deve ser visualizado confrontando suas contradições e usando de mediações, a partir da racionalidade, para que outras possibilidades de intervenções possam surgir ou vir a ser.

Com isso, os instrumentos usados pelos (as) assistentes sociais, ancorados nesse item, retratam que a dimensão técnico-operativa vai além da execução das atividades dentro do CAPS AD. A instrumentalidade só é possível de ser exercida através das três bases que sustentam o trabalho do (a) assistente social e tem como referência a ética e a práxis, e considerando-se que o movimento ontológico da realidade é constante e deve ser compreendido na sua totalidade.

O tópico a seguir apresentará as condições de trabalho descritas nas entrevistas das produções acadêmicas pesquisadas.

3.2.9 Condições de trabalho

As condições de trabalho relatadas pelo (as) assistentes sociais dos CAPS AD foram apresentadas conforme as descrições das entrevistas. As autoras das produções acadêmicas revelaram as seguintes situações:

a) Espíndola (2010, p. 95) refere que:

A gente ainda lida com assédios, com a falta de condições de trabalho mínimas. Não tem uma janela na sala dos técnicos; você não tem uma sala de atendimento individual que garanta sigilo ou privacidade de fato para a demanda que chega. Para qualquer profissional e não só para o Serviço Social, não tem (F1).

b) Silva (2019, p. 51-52) explicita:

Então, é como a gente fala, trabalho é uma relação né, uma relação tanto de um lado quanto do outro, então não é só. Eu vendo minha mão de obra pra alguém, então assim, existe uma relação ali né, de forças, não sei se de forças, mas é de conveniências e tal. Hoje eu acho muito difícil a questão do trabalho[...] a gente hoje está muito desprotegido como trabalhador, com tantas mudanças que vem ocorrendo no país sobretudo nos últimos um ano, um ano e pouco, quase dois anos, e a gente está começando a ficar cada vez mais inseguro né. Essa relação de trabalhar, essa questão do trabalho, [...] a gente fica inseguro mesmo, ela traz muita insegurança né, porquê, hoje você é contratado por exemplo, pra fazer isso, isso e isso, de repente as coisas vão mudando, vão tomando outras, é outras proporções que quando você vê, você já está fazendo coisas que não foi o combinado né, que a gente tem um contrato e tudo mais (AS03).

c) Landim (2015, p. 98) relata que:

‘Aqui existe uma cama com colchão muito velho em cima [risos] e as pessoas chamam de repouso. [...] quando a pessoa chega aqui em crise ou muito alcoolizada [...] manda para essa sala de repouso, mas é algo muito desestruturado, você percebe até pela cama, o colchão muito velho, bota um papel em cima para não entrar algo. Então, é muito complicado de se chamar de sala de repouso, mas aqui a gente chama [risos].’ (AS 2).

d) E Pereira (2011, p. 110) retrata que:

As dificuldades são principalmente a falta de recursos materiais, isso prejudica o bom andamento do nosso trabalho, além da falta de

autonomia da gente em alguns momentos, de efetivar práticas que permitam aos usuários buscarem melhores condições de vida (A.S05).

Sobre as descrições dos (as) assistentes sociais entrevistados (as), foi observado que a falta de estrutura física dos CAPS AD é recorrente e não dialoga com a Política Nacional de Humanização (PNH), que faz referência ao conceito de ambiência, que, na saúde, compreende “[...] o espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar em sintonia com um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana” (BRASIL, 2010a, p. 121). A ambiência é, então, diretriz da PNH e possui três eixos principais: 1. o espaço que visa a confortabilidade; 2. o espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho; e 3. a ambiência como espaço de encontros entre os sujeitos (BRASIL, 2010a).

Essa estrutura deve estar condizente com os eixos da ambiência enfatizados pela PNH, diante da complexidade de cada atendimento. E lembra-se aqui o direito do sigilo profissional, tratado pelo código de ética do serviço social no “Título II, Dos direitos e das responsabilidades do (a) assistente social, item D”, que se refere à: “inviolabilidade do local de trabalho e respectivos arquivos e documentação, garantindo o sigilo profissional” (BRASIL, [1993] 2019a).

Outra questão revelada pelas entrevistas, diz respeito ao que Druck (2016, p. 8) considerou de “[...] a proliferação da terceirização em serviços públicos essenciais, como é o caso da saúde, resulta na diminuição do número de funcionários e em sua desqualificação e desvalorização, em prol de uma suposta – e não comprovada – eficiência de instituições de natureza privada, mais flexíveis e ágeis”.

O discurso da eficiência da terceirização não apresentou concordância diante das descrições dos (as) assistentes sociais dos CAPS AD, para os quais também trouxe a insegurança, a questão do assédio moral, a dificuldade de exercer sua relativa autonomia, a compreensão de estar vendendo sua força de trabalho e a imposição de novas atribuições e que não são descritas em contratos profissionais, mas que vão compondo o fazer profissional. Esta questão também é apresentada por Raichellis (2013, p. 625)

[...] o conjunto dos trabalhadores sociais, entre os quais o assistente social é afetado pela insegurança do emprego, precárias e flexíveis formas de contratação com redução ou ausência de benefícios e direitos trabalhistas, intensificação do trabalho e das formas de

controle, baixos salários, pressão pela produtividade e cumprimento de metas e resultados imediatos, ausência de horizontes profissionais de mais longo prazo, falta de perspectivas de progressão e ascensão na carreira, de políticas continuadas de capacitação profissional, entre outros.

Com isso, as múltiplas faces do trabalho atual carregam atos de violência, a exemplo do assédio moral²¹ revelado pelo (a) assistente social entrevistado (a). Esse tipo de violência influencia e pode trazer graves consequências na vida da classe trabalhadora. No entanto, deve ser fiscalizado pelos Conselhos Regionais do Serviço Social e também denunciados pela categoria profissional e “apesar de a legislação federal brasileira não contemplar normativa específica acerca de assédio moral, já existem jurisprudências, projetos de leis, bem como, leis municipais e estaduais em vigor, em diversas cidades e estados” (CFESS, 2011b). Portanto, os/ as assistentes sociais por estarem inseridos na divisão sociotécnica do trabalho, também sofrem os reflexos dessa introdução.

Do mesmo modo, a falta de recursos mínimos nos espaços ocupacionais interfere diretamente na qualidade dos serviços prestados. O grande volume de atendimentos pode resultar em um trabalho que atenda às situações mais urgentes, deslocando o exercício profissional para um lugar que não é do reconhecimento do todo, que não se articula em equipe e a outros setores, enfocando ações individuais e sem refletir sobre os processos impostos pelas instituições, não sendo, assim, possível a realização de planejamento de ações dentro dos CAPS AD.

Ao mesmo tempo em que a atual conjuntura dificulta o debate para a garantia dos próprios direitos da categoria, lamamoto (2008a, p. 21) sinaliza um direcionamento especificando algumas ações possíveis: “[...] competência pra propor, pra negociar com a instituição os seus projetos, pra defender o seu campo de trabalho, suas qualificações e funções profissionais”, onde essas intervenções possam identificar novas alternativas, considerando que esse movimento é um processo que exige um trabalho criativo, pautado nas possibilidades e contradições da dinâmica do real.

²¹ Assédio moral é a exposição de pessoas a situações humilhantes e constrangedoras no ambiente de trabalho, de forma repetitiva e prolongada, no exercício de suas atividades. É uma conduta que traz danos à dignidade e à integridade do indivíduo, colocando a saúde em risco e prejudicando o ambiente de trabalho (BRASIL, 2020b).

A seguir será evidenciado o tema da Política de Saúde Mental e Drogas conforme referida nas entrevistas das produções acadêmicas avaliadas.

3.2.10 Política de Saúde Mental e Drogas

Sobre a Política de Saúde Mental e os CAPS AD, os (as) entrevistados (as) retratam, segundo Pinheiro (2017, p. 91), que:

[...] Os planos são excelentes. Mas na prática, que a gente percebe que a Política de Saúde Mental e da questão das drogas não é tão seguida como está no papel. Até porque a gente percebe que é muito mais fácil a questão da UPA, das urgências, dos hospitais que tem uma visibilidade maior na sociedade, do que você investir num serviço aonde você acha que o usuário tá ali porque ele quer. [...] Mas só faz o CAPS porque tem uma determinação do Ministério. Porque se o Ministério não tivesse determinado não ia ter (ENTREVISTADA 1, 2017).

Pereira apresentou que (2011, p. 113):

[...] também não vou tá aqui dizendo que tá tudo bem, a instituição em si não qualifica seus profissionais o que acaba em um modelo ambulatorial, ou terapêutico, ou em uma nova versão do hospital psiquiátrico, um faz de conta, as portas abertas, mas as carências, os preconceitos e o estigma só crescendo (A.S 10).

Landim (2015, p. 103) retrata que houve “[...] um avanço na última década, isso é fato. A própria criação dos CAPS AD já foi um avanço. Mas considero que essa política ainda está longe do ideal [...]. (AS 6).”

Os (as) assistentes sociais acima trouxeram algumas considerações referentes à Política de Saúde Mental e à sua efetividade no CAPS AD, porém alguns debates já foram realizados nos itens anteriores, como a questão do estigma e do modelo manicomial. Assim serão abordadas outras questões observadas nas falas dos (as) entrevistados (as).

O Movimento da Reforma Psiquiátrica originou grandes avanços referentes à desinstitucionalização da atenção e do cuidado em saúde mental e drogas. Com isso, foi possível a implementação de serviços substitutivos, como o CAPS AD, de base territorial e comunitária, no qual um novo olhar em saúde foi pensado para as pessoas que fazem uso de SPA.

Ao mesmo tempo em que os (as) assistentes sociais entrevistados (as) compreendem a Política de Saúde Mental como um avanço, também relataram que há uma grande dificuldade de superação ao modelo manicomial, sendo que este, se manteve sozinho por muitos anos na sociedade brasileira. Além disso, é retratada a visão conservadora da sociedade, que entende a internação psiquiátrica como a solução ideal para o cuidado de pessoas que fazem uso de psicoativos. Já em relação ao CAPS AD, foi apresentado o estigma, o preconceito, a hegemonia psi, sem perspectiva do cuidado em liberdade nem coletiva, não se levando em conta a comunidade, como se o CAPS AD, sendo um serviço substitutivo, reproduzisse o modelo manicomial e da abstinência. Na mesma direção, não há investimentos em capacitações para o (a) trabalhador (a) do CAPS AD, ou em educação permanente para que ele (a) exerça suas atividades conforme as normativas estabelecidas pelas conquistas concretas das lutas antimanicomial e antiproibicionista.

Nesse sentido, a categoria profissional do serviço social que trabalha nos CAPS AD deve participar das pautas propostas pelas lutas antimanicomial e antiproibicionista, além de manter-se atenta e reativa a todas as manobras políticas do governo brasileiro, a exemplo da Emenda Constitucional 95, que diminuiu recursos para a saúde pública por 20 anos e que vem modificando as políticas de saúde mental e drogas na direção do modelo manicomial e proibicionista.

Conforme Robaina (2010, p. 348):

[...] para ser substitutivo, o acesso ao serviço tem que ser universal, e o número reduzido de CAPs e sua distribuição desigual entre as regiões estão longe de condenar à morte o hospital psiquiátrico; para ser integral, além de funcionar 24 horas, os serviços devem estar abertos à pluralidade de saberes na sua condução; para ser equânime, teremos que estreitar a relação com a política e equipamentos de saúde em geral de forma a sustentar a oferta de serviços de atenção básica em saúde mental [...].

Com isso, observamos que a implementação efetiva de uma política visa à universalidade, à integralidade, à equidade e à participação social como possibilidade de cuidado em saúde para a superação de um padrão manicomial e proibicionista. Ainda que tenhamos essas conquistas normativas, há um panorama desafiador para executá-las, visto que existe uma disputa que atravessa gerações entre o projeto de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica que legitimou a criação dos SUS – e, com isso, a criação de serviços substitutivos, como o CAPS AD – e um projeto privatista,

manicomial e proibicionista, que entende a saúde como mercadoria e segundo o qual o Estado por ser mínimo, deslegitimando o direito à saúde e corroborando ações conservadoras, que segregam e estigmatizam quem faz uso de psicoativos através do sucateamento dos serviços públicos e do financiamento de fundo público ao setores privados que fazem parte da nova RAPS.

Diante do exposto, é essencial que os serviços públicos sejam fortalecidos e que as legislações conquistadas, focadas na RD e no cuidado em liberdade, ocorram vinculadas aos direitos humanos, com abrangência ao recorte de gênero, geração, raça/etnia e classe social, para que a universalidade da atenção à saúde e os demais princípios fundamentais do SUS sejam garantidos para a população.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa sobre o trabalho de assistentes sociais nos CAPS AD partiu de múltiplas dúvidas relacionadas a essa temática e como esses estudos científicos são abordados e desenvolvidos pelos programas de pós-graduação de serviço social no Brasil. Esta dissertação apresentou um resgate histórico sobre a Política de Saúde Mental brasileira e sobre o trabalho de assistentes sociais, onde foi possível demonstrar quais as categorias que se vinculam ao fazer profissional, dentro dos CAPS AD e sobre a temática das drogas.

Este estudo foi desenvolvido por meio de uma metodologia que abrange os dados secundários, mais precisamente, as entrevistas realizadas com assistentes sociais de outras autoras e suas produções acadêmicas, dentre elas, seis dissertações de mestrado e uma tese de doutorado, onde o percurso metodológico ocorreu a partir de três fases: coleta de dados, codificação e redação da teoria.

Na etapa da codificação, foram selecionados dez temas e a partir disso também ocorreu simultaneamente o processo de redação da teoria, onde se elencou características evidenciadas nas entrevistas, mas também novas categorias foram apresentadas e problematizadas.

Desta maneira, o tema sobre o trabalho de assistentes sociais nos CAPS AD foi analisado por um determinado foco e não se esgota nessa dissertação que teve como intuito a compreensão sobre múltiplos aspectos vivenciados dentro de um espaço ocupacional a fim de esse debate trazer reflexões fundamentais para a categoria profissional. Abaixo serão especificados os temas que foram abordados pelas entrevistas, os quais são resultados das análises do *corpus* desta pesquisa:

1. Trabalho do (a) assistente social: as principais inquietações dos (as) assistentes sociais entrevistados, trouxeram o desafio que é de *reforçar qual é o objeto de trabalho da profissão* aos próprios colegas e usuários (as) do serviço diante da herança conservadora da categoria e da *hegemonia psi* dentro dos CAPS AD. Também foi problematizada a *relativa autonomia*, na qual deve ser compreendida e utilizada pela categoria dentro das instituições.
2. Intersetorialidade e a multidisciplinaridade: as entrevistas retratam as adversidades e possibilidades diante da mobilização e articulação intersetorial e multidisciplinar, visto que as principais questões levantadas discorreram sobre o *estigma e preconceito* que os (as) usuários de SPA

sofrem em diversos serviços da rede, e a urgência da busca em garantir a *integralidade* do cuidado em saúde, considerando os *determinantes sociais de saúde* elencado ao *PTS*, a *clínica ampliada*, ao *apoio matricial* e considerar que o (a) assistente social possui *competência técnica que facilita a movimentação interdisciplinar e intersetorial*.

3. Participação social: demonstrou-se que o trabalho de assistentes sociais nos CAPS AD tem uma *função pedagógica* e que ao *democratizar as informações* sobre os mais diversos temas e direitos sociais aos usuários (as), é desenvolvida, a partir de mecanismos de *cogestão*, a possibilidade de escolhas e, por conseguinte, de se mobilizar o *protagonismo* e *autonomia* na vida dos (as) próprios (as) usuários (as).
4. Identidade de gênero e gênero: é de extrema relevância a categoria apreender acerca do *binarismo de gênero* e combater qualquer tipo de *preconceito e estigma*, provocado pela *violência estrutural*. Também deixou explícita a questão *do não lugar do feminino* dentro das estruturas dos CAPS AD, demonstradas a partir da *organização inadequada para o acolhimento e atendimento das mulheres e população LGBTTQIA+* e por serem citadas apenas em uma das entrevistas de todas as produções analisadas.
5. Redução de danos x abstinência: abarca refletir quais são as *bases ideológicas* que pautam a *ambiguidade das perspectivas de Abstinência e RD*, compreendendo que não há *ações profissionais neutras sobre o direcionamento do cuidado em saúde para os (as) usuários (as)*, este deve ser elencado a realidade e desejo dos (as) mesmos (as), *considerando a RD como única estratégia* possível para a garantia de vida e cidadania dos (as) usuários (as), em conjunto com as lutas antimanicomial e antiproibicionista, diante de todo um contexto proibicionista, de criminalização da pobreza, construído para extermínio de uma população e territórios específicos.
6. Família: faz-se necessário considerar os *processos políticos organizativos, de planejamento e gestão, e socioassistenciais* para que *ações socioeducativas* promovam um atendimento que possibilite a garantia de direitos sociais das famílias, além do que considerar o *recorte de gênero* e *variados formatos de famílias e suas organizações*.
7. Perfil socioeconômico dos (as) usuários (as): esse tema foi evidenciado na análise pelo *desemprego estrutural, trabalho (informal, precarizado,*

terceirizado), a baixa escolaridade, pessoas em vulnerabilidade social, fragilidade ou rompimentos dos vínculos familiares, usuários em processo judicial criminal, e pela identificação do processo de realização como o ápice da negação de direitos, e novamente a violência estrutural, que exclui o direito ao exercício da cidadania de centenas de pessoas, demonstrando um Estado a serviço do capital. Não foram apresentados dados sobre gênero, raça/cor/etnia e geração, que seriam essenciais para um trabalho socioeducativo, intersetorial e interdisciplinar no CAPS AD.

8. Dimensão técnico-operativa do trabalho de assistentes sociais no CAPS AD: as atividades realizadas nos CAPS AD pelos (as) assistentes sociais entrevistados foram identificados por: *atendimentos individuais e em grupos, articulação intersetorial, visitas institucionais, democratização das informações para acesso aos direitos sociais, encaminhamentos, realização de relatórios sociais, evolução em prontuário do (a) usuário (a), reuniões com equipe multidisciplinar etc.* Enfatizou-se o *sigilo profissional* como direito do (a) assistente social e a *práxis e a ética* como processo interventivo que usa das mediações e contradições no cotidiano, onde a categoria para exercer a *instrumentalidade* do serviço social necessita estar sustentados pelas três dimensões da profissão que são base para o exercício do projeto ético-político.
9. Condições de trabalho: Esse item foi demonstrado a partir da *falta de recursos mínimos de trabalho* nos CAPS AD, como *estrutura física precária, falta de recursos humanos* etc. Também foram revelados o *assédio moral* e as *ações institucionais que não colaboravam para a autonomia e segurança do trabalhador*, dificultando a qualidade dos serviços prestados nos CAPS AD. Essa análise novamente reforça a importância do direito ao *sigilo profissional*, dos *benefícios da ambiência nos espaços de saúde* (PNH), a possibilidade do *exercício da relativa autonomia* e a *compreensão da terceirização* nos setores públicos brasileiros, apontando uma vigilância constante dos órgãos fiscalizadores das políticas de saúde e do CRESS para garantir o direito ao trabalho.
10. Política de Saúde Mental e Drogas: os (as) entrevistados (as) compreendem essas políticas como um avanço, mas também relataram que existem entraves para a superação ao modelo manicomial, diante da visão e ações

conservadoras da sociedade e Estado. Assim sendo, a análise constatou que há uma *disputa entre o projeto de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica e o projeto privatista, manicomial e proibicionista*. Assim, há um cenário de normativas que precisam ser implementadas de maneira efetiva, conforme os princípios fundamentais dos SUS, visando à *universalidade, à integralidade, à equidade e à participação social* para que os CAPS AD possam garantir um atendimento *com foco na RD, com cuidado em liberdade, vinculado aos direitos humanos e integrando o recorte de gênero, geração, raça/etnia e classe social*.

Perante o exposto, podemos evidenciar que as questões elaboradas para a análise documental foram contempladas ao longo do percurso metodológico, onde as entrevistas pesquisadas demonstraram, além dos itens apresentados, a invisibilidade das categorias gênero, raça/cor/etnia, geração e classe social. Outra questão importante a ser ressaltada é a incidência do conceito de Violência Estrutural, que é responsável pela existência da Questão Social (CAVALLI, 2009), no qual foram identificaram através de múltiplas expressões descritas nas entrevistas.

Através das entrevistas dos (as) assistentes sociais foram constatados que o trabalho realizado nos CAPS AD possui um alinhamento com o projeto ético-político da profissão, porém alguns aspectos relacionados ao proibicionismo/abstinência, a homogeneização dos saberes psi, ao gênero e identidade de gênero, diante do cotidiano e da amplitude de cada tema, devem ser aprofundadas, compreendendo as contradições que atravessam a categoria trabalho na atualidade.

Ao compreender o movimento histórico e de lutas da Reforma Psiquiátrica e Sanitária, o CAPS AD é um serviço primordial da RAPS, e por si só, apresenta-se como uma expressão de resistência aos modelos manicomiais, proibicionistas e privatistas. Essa estrutura ganha vida, a partir do trabalho de equipes multiprofissionais e gestores que reproduzem ações, ora conservadoras, ora que dialogam com os preceitos das lutas antiproibicionistas e antimanicomial, além de ser atravessada pela dinâmica contemporânea do capital e ataques constantes a saúde pública.

Com isso, podemos salientar a importância de assistentes sociais estarem trabalhando nos CAPS AD a fim de contribuir para a identificação das expressões das desigualdades sociais, na mobilização e articulação interdisciplinar e intersetorial,

propondo ações socioeducativas, vinculadas as lutas que eliminem qualquer tipo de estigma e preconceito, antimanicomial e antiproibicionista para que a garantia de reabilitação biopsicossocial dos usuários de SPA seja possível.

REFERÊNCIAS

ABREU, Marina Maciel, CARDOSO, Franci Gomes. Mobilização social e práticas educativas. In: CFESS. **Serviço Social, direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS, 2009.

ABSTINÊNCIA. In: **Michaelis**: Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. c2021. Disponível em: <<https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/abstinencia>>. Acesso em: 7 maio 2021.

AGUIAR, Laorem Janine Pereira de. **Por uma sociedade sem manicômios**: (im) possibilidades da Reforma Psiquiátrica no capitalismo brasileiro. 2020. 193 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, 2020.

ALBUQUERQUE, Cynthia S. "**Questão Social**" e **Serviço Social**: respostas teórico-políticas da profissão. 2018. 301 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

AMARANTE, Paulo D. C. O paradigma psiquiátrico. In: **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p. 37-64.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica O. A Reforma Psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018.

ANDRADE, Márcia Campos; COSTA-ROSA, Abílio da. O encontro da loucura com o trabalho: concepções e práticas no transcurso da história. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 7, n. 1, p. 27-41, jan./jun. 2014.

ANTUNES, Ricardo. **O privilégio da servidão**: o novo proletariado de serviços na era digital. São Paulo: Boitempo, 2018.

AREND, Kathiana Pfluck. **Violência, punitivismo e criminalização da pobreza**: as raízes do estado penal à brasileira. 2020. 148 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020.

AUGUSTO BISNETO, José. **Serviço Social e saúde mental**: uma análise institucional da prática. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BARROCO, Maria Lúcia S. Não passarão! Ofensiva neoconservadora e Serviço Social. **Serviço Social & Sociedade**, n. 124, p. 623-636, out./dez. 2015.

BARROCO, Maria Lúcia S. **Ética**: fundamentos sócio-históricos. São Paulo: Cortez, 2008.

BAUM, Fran; SANDERS, David; NARAYAN, Ravi. O movimento global pela saúde dos povos. O que é o Movimento pela Saúde dos Povos? **Saúde Debate**, v. 44, n. esp. 1, p. 11-23, jan. 2020.

BEHRING, Elaine Rossetti. Desafios contemporâneos das políticas sociais. **Revista Katálysis**, v. 14, n. 1, p. 9-10, jan./jun. 2011.

BELLINI, Maria Isabel Barros; FALER, Camília Susana. Intersetorialidade & fragmentação: partículas a respeito. In: **Intersetorialidade e políticas sociais: interfaces e diálogos**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2014.

BENEVIDES, Bruna G.; NOGUEIRA, Sayonara N. B. (Orgs.). **Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2020**. São Paulo: Expressão Popular, 2021.

BICUDO, Maria Aparecida Viggiani. Meta-análise: seu significado para a pesquisa qualitativa. **Revemat**, v. 9, p. 7-20, jun. 2014.

BOLZAN, Liana de Menezes. **Onde estão as mulheres?** A homogeneização da atenção à saúde da mulher que faz uso de drogas. 2015. 159 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

BRASIL. **Coronavírus Brasil**. 2021a. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em: 23 maio 2021.

BRASIL. O que é a covid-19. **Portal do Governo Federal**, 08 abr. 2021b. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/o-que-e-o-coronavirus>>. Acesso em: 5 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Cidadania. Auxílio emergencial. **Portal do Governo Federal**, 2020a. Disponível em: <<https://www.gov.br/cidadania/pt-br/servicos/auxilio-emergencial>>. Acesso em: 23 maio 2021.

BRASIL. **Cartilha de prevenção ao assédio moral**. Pare e repare por um ambiente de trabalho mais positivo. Brasília: Secretaria de Comunicação Social do Tribunal Superior do Trabalho, 2020b. Disponível em: <<https://www.tst.jus.br/documents/10157/55951/Cartilha+ass%C3%A9dio+moral/573490e3-a2dd-a598-d2a7-6d492e4b2457>>. Acesso em: 23 maio 2021.

BRASIL. **Código de ética do/a assistente social**. Lei 8.662/1993 de Regulamentação Profissional. 10. ed. rev. e atual. trilingue. CFESS, 2019a.

BRASIL. **Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019**. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília, 2019b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm>. Acesso em: 10 jun. 2020.

BRASIL. **Lei nº 13.840, de 05 de junho de 2019**. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou

dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Brasília, 2019c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm>. Acesso em: 1 jul. 2020.

BRASIL. **Nota Técnica 11/2019**. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2019d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **III levantamento nacional sobre uso de drogas pela população brasileira**. Organizadores: Francisco Inácio Bastos, Maurício T. L. de Vasconcellos, Raquel B. de Boni, Neilane Bertoni dos Reis e Carolina F. S. Coutinho. Brasília: ICICT; FIOCRUZ, 2017a.

BRASIL. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, 2017b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html>. Acesso em: 10 jun. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017c. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 10 jun. 2020.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, 2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>. Acesso em: 26 maio 2021.

BRASIL. **Mapa do encarceramento**: os jovens do Brasil. Brasília: Presidência da República, 2015a. (Série Juventude Viva).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios**: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas**: guia AD. Brasília: Ministério da Saúde, 2015c.

BRASIL. **Pesquisa nacional sobre o uso de crack**: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Organizadores: Francisco Inácio Bastos, Neilane Bertoni. Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ, 2014.

BRASIL. **Hospício de Pedro II: da construção à desconstrução**. Rio de Janeiro: CCMS, c2014. Disponível em: <<http://www.ccms.saude.gov.br/hospicio/origens1.php>>. Acesso em: 27 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento sobre os novos procedimentos do CAPS**. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, 2013. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/janeiro/29/Documento-Sobre-Procedimentos-de-CAPS-RAAS-PSI.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2021.

BRASIL. **Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854_22_08_2012.html>. Acesso em: 11 maio 2020.

BRASIL. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Organizadores: Dulce Helena Chiaverini et al. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/AF_Carta_Usuarios_Saude_site.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial 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). Brasília, 2011c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 11 maio 2020.

BRASIL. **Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Brasília, 2011d. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html>. Acesso em: 21 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. 5. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010a. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Sistema Único de Saúde. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental**: Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2010b.

BRASIL. **Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009**. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm>. Acesso em: 23 maio 2021.

BRASIL. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad. Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm>. Acesso em: 11 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, nov. 2005a.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social** – PNAS 2004. Norma Operacional Básica – NOB/SUAS. Brasília, 2005b. Disponível em: <https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf>. Acesso em: 2 maio 2021.

BRASIL. **Portaria nº 1.028, de 01 de julho de 2005**. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Brasília, 2005c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html>. Acesso em: 10 jun. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 1.059, de 04 de julho de 2005**. Destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas – CAPSad – e dá outras providências. Brasília, 2005d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1059_04_07_2005.html>. Acesso em: 11 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. **Saúde mental no SUS**: centros de atenção psicossocial. Brasília, 2004b. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf>. Acesso em: 25 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília, 2002a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em: 28 ago. 2020.

BRASIL. Sistema Único de Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre o direito das pessoas com transtorno mentais. Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 11 maio 2020.

BRASIL. **Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social**. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, 1996.

BRASIL. Conferência Nacional de Saúde Mental. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. **Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993**. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Brasília, 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8662.htm>. Acesso em: 26 maio 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991**. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Brasília, 1991. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm>. Acesso em: 23 maio 2021.

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. Brasília, 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 11 maio 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 11 maio 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988a.

BRASIL. **I Conferência Nacional de Saúde Mental**: 25 a 28 de junho de 1987. Relatório final. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cns_m_relat_final.pdf>. Acesso em: 5 maio 2021

BRASIL. **Decreto nº 1.077, de 4 de dezembro de 1852**. Aprova e manda executar os Estatutos do Hospício de Pedro Segundo. Rio de Janeiro, 1852. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-1077-4-dezembro-1852-558653-publicacaooriginal-81699-pe.html#:~:text=Veja%20tamb%C3%A9m%3A-,%20Decreto%20n%C2%BA%201.077%2C%20de%204%20de%20Dezembro%20de%201852,%20do%20Hospicio%20de%20Pedro%20Segundo.&text=Palacio%20do%20Rio%20de%20Janeiro,%20de%20Sua%20Magestade%20o%20Imperador>>. Acesso em: 21 jul. 2020.

BRAVO, Maria Inês de S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTTA, Ana Elizabeth et al. (Orgs.). **Serviço Social e saúde**: formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

CARTA de Bauru 30 anos. 2017. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/12/CARTA-DE-BAURU-30-ANOS.pdf>>. Acesso em: 27 maio 2021.

CAVALLI, Michelle. Violência estrutural: enfrentamentos para o Serviço Social? **Étic: Encontro de Iniciação Científica**, v. 5, n. 5, 2009.

CISNE, Mirla. Feminismo e marxismo: apontamentos teórico-políticos para o enfrentamento das desigualdades sociais. **Serviço Social & Sociedade**, n. 132, p. 211-230, maio/ago. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Relatório Final de Gestão**. É de batalhas que se vive a vida! (2017-2020). Brasília, maio 2020. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/RelatorioFinal-GestaoEdeBatalhas2017-2020-CFESS.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2021.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **CFESS Manifesta**. Dia Nacional da Luta Antimanicomial. Saúde não se vende, loucura não se vende. Brasília: CFESS, 2019a. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/2019-CfessManifesta-LutaAntimanicomial.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Nota Técnica sobre a Lei 13.840/2019**. As implicações das alterações na Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras drogas para o exercício profissional dos assistentes sociais no Brasil. Brasília: CFESS, 2019b. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/Nota-tecnicallei13840-2019-.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **O estigma do uso de drogas**. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2016. (Série Assistente Social no combate ao preconceito. Caderno 2).

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **CFESS Manifesta**. Dia Internacional contra o Abuso e Tráfico Ilícito de Drogas. Proibir e trancar não resolve. Brasília: CFESS, 2013. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/cfessmanifesta2013_diainternacionalcontraabusodrogras.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **CFESS Manifesta**. Dia Internacional de Combate às Drogas. Violência e autoritarismo do estado não resolvem. Brasília: CFESS, 2012. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/cfessmanifesta2012_lutaantidrogas-site.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **CFESS Manifesta**. Dia Internacional de Combate às Drogas. O debate contemporâneo sobre os usos de

drogas. Brasília: CFESS, 2011a. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/cfessmanifesta2011_SSdebateusosdrogas_APROVADO.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **CFESS Manifesta:** assédio moral nas relações de trabalho. Gestão Atitude Crítica para Avançar na Luta. CFESS, 2011b. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/cfess_manifesta_assedioFINAL.pdf>. Acesso em: 23 maio 2021.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Saúde.** Brasília, 2010a. (Série: Trabalho e Projeto Profissional na Políticas Sociais).

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Resolução CFESS nº 569, de 25 de março de 2010.** Brasília, 2010b. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/RES.CFESS_569-2010.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Ofício Circular CFESS nº 109/2008.** Brasília, 8 ago. 2008. Disponível em: <<http://cress-es.org.br/arquivos/ParecerSobrePraticasTerapeuticas.pdf>>. Acesso em: 2 mar. 2022.

COSTA-ROSA, Abílio da. **Atenção psicossocial além da Reforma Psiquiátrica:** contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: Editora Unesp, 2013.

COUTO, Berenice Rojas. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira:** uma equação possível? 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

CRUZ, Nelson F. O.; GONÇALVES, Renata W.; DELGADO, Pedro G. G. 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.

DELGADO, Pedro Gabriel. Reforma Psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, n. 2, p. 1-4, 2019.

DROGAS: marco legal. **UNODC**, c2021. Disponível em: <<http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/marco-legal.html>>. Acesso em: 29 nov. 2020.

DROGAS: paraíso artificial. **Fiocruz**, [20--?]. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/infantil/drogas.htm>>. Acesso em: 20 mar. 2021.

DRUCK, Graça. A terceirização na Saúde Pública: formas diversas de precarização do trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, supl. 1, p. 15-43, 2016.

ENGEL, Magali Gouveia. **Os delírios da razão:** médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.

ESPÍNDOLA, Luciana Ferreira Gomes **Redução de danos**: uma análise da prática profissional das assistentes sociais nos Centros de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas – CAPs-AD. 2010. 133 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

FEFFERMANN, Marisa. **Vidas arriscadas**: o cotidiano dos jovens trabalhadores do tráfico. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

FERREIRA, Guilherme G. “Orgulho e preconceito”: gênero, sexualidade e violência. **Social DROPS**, n. 9, p. 9-11, jun. 2020. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUK EwjRv6qkvuDwAhWHqZUCHTDhCS4QFjAAegQIAhAD&url=https%3A%2F%2Fwww.ufrgs.br%2Fcomgrad-ssso%2Fwp-content%2Fuploads%2F2020%2F06%2FDROPS-09.pdf&usq=AOvVaw3RMkIJ1Pttslo_kgC4FjLO>. Acesso em: 3 maio 2021.

FERREIRA, Guilherme G. **Donas de rua, vidas lixadas**: interseccionalidades e marcadores sociais nas experiências de travestis com o crime e o castigo. 2018. 226 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

FERRUGEM, Daniela. **Guerra às drogas e a manutenção da hierarquia racial**. 2018. 120 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

FIORE, Maurício. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. **Novos Estudos Cebrap**, n. 92, mar 2012.

FONTE, Eliane Maria Monteiro. Da institucionalização da loucura à Reforma Psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. **PPGS – Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPE**, v. 1, n. 18, 2012.

FRACASSO, Laura. **Comunidades terapêuticas**: histórico e regulamentações. Eixo práticas. [2018?]. Disponível em: <http://www.mpggo.mp.br/portal/arquivos/2018/08/09/15_25_10_992_Artigo_Comunidades_Terapeuticas_Historico_e_Regulamentos.pdf>. Acesso em: 27 maio 2021.

GODOY, Maria Gabriela Curubeto. Incursões sobre as políticas sobre drogas e o cuidado nos processos de drogodependência. In: TOROSSIAN, Sandra Djamboladjian; TORRES, Samantha; KVELLER, Daniel Boianovsky. **Descriminalização do cuidado**: políticas, cenários e experiências em redução de danos. Porto Alegre: Rede Multicêntrica (UFRGS), 2017.

GROSSI, Patrícia K.; BITENCOURT, João Vitor. As influências do “tráfico de drogas” no contexto da política de assistência social. **Moitará**, v. 1, n. 5, p. 41-59, 2020.

GUERRA, Yolanda. A dimensão técnico-operativa do exercício profissional. In: SANTOS, Cláudia Mônica dos; BACKX, Sheila; GUERRA, Yolanda (Orgs.). **A**

dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos. Juíz de Fora: Ed. UFJF, 2012.

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade do Serviço Social.** 2. ed. rev. São Paulo: Cortez, 1999.

HEIDRICH, Andréa Valente. **Reforma Psiquiátrica à brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização.** 2007. 206 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** São Paulo: Cortez, 2008a.

IAMAMOTO, Marilda V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social.** 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008b.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Nota Técnica nº 73.** Estimativa da população em situação de rua no Brasil (setembro de 2012 a março de 2020). Equipe Técnica: Marco Natalino. Brasília: Ministério da Economia, jun. 2020.

KARAM, Maria L. Legislação brasileira sobre drogas: história recente: a criminalização da diferença. In: ACSELRAD, Gilberta (Org.). **Avessos do prazer: drogas, AIDS e direitos humanos.** 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 155-164.

LANDIM, Eveline de Sousa. **Intervenções da Política de Saúde Mental para usuários de substâncias psicoativas: das políticas e práticas cotidianas.** 2015. 123 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Curso de Mestrado Acadêmico em Serviço Social, Trabalho e Questão Social, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2015.

LABORATÓRIO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (LAPS). Linha do tempo. **Portal do Governo**, 2018. Disponível em: <<http://laps.ensp.fiocruz.br/linha-do-tempo>>. Acesso em: 26 maio 2021.

LAZZARI, Evelize. **A operacionalização da vigilância socioassistencial por meio de pesquisas avaliativas de enfoque misto.** Projeto de dissertação de mestrado – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

LEITE, Josimeri de O.; ARCOVERDE, Ana Cristina B. Hegemonia e filosofia da práxis: os desafios ao Serviço Social. **Revista Katálysis**, v. 20, n. 1, p. 37-46, jan./abr. 2017

LOPES, Ana Lúcia Mendes; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em Enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 771-778, out./dez. 2008.

MANSANERA, Adriano R.; SILVA, Lúcia Cecília. A influência das idéias higienistas no desenvolvimento da psicologia no Brasil. **Psicologia em Estudo**, v. 5, n. 1, mar. 2000.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social: identidade e alienação**. 12. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

MARX, Karl. **O Capital**. Trad. Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2017. Livro I.

MATOS, Maurílio Castro de. A pandemia da covid-19 e o trabalho de assistentes sociais na saúde. In: LOLE, Ana; STAMPA, Inez; GOMES, Rodrigo Lima R. (Orgs.). **Para além da quarentena: reflexões sobre crise e pandemia**. Editorial Mórula, 2020.

MATOS, Maurílio Castro de. Considerações sobre atribuições e competências profissionais de assistentes sociais na atualidade. **Serviço Social & Sociedade**, n. 124, p. 678-698, out./dez. 2015.

MATOS, Teresa C. C.; FERREIRA, Maria D'Álva M. F. Participação e controle social no Brasil recente: influência do pensamento gramsciano. **Em Pauta**, v. 13, n. 35, p. 65-79, 2015.

MENDES, Jussara M. R.; BEHRING, Elaine R. Tendências e tensões da pesquisa e da pós-graduação na área de serviço social no CNPq. In: JOAZEIRO, Edna Maria Goulart; GOMES, Vera Batista (Orgs.). **Serviço Social: formação, pesquisa e trabalho profissional em diferentes contextos**. Teresina: EDUFPI, 2020.

MIOTO, Regina C. Família, trabalho com famílias e Serviço Social. **Serviço Social em Revista**, v. 12, n. 2, p. 163-164, jan./jun. 2010.

MIOTO, Regina C. Orientação e acompanhamento de indivíduos, grupos e famílias. In: CFESS. **Serviço Social Direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS, 2009.

MIOTO, Regina C.; NOGUEIRA, Vera M. R. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In: MOTA, Ana E. et al. (Orgs.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, 2006.

MIOTO, Regina C.; SCHÜTZ, Fernanda. Intersetorialidade na política social: reflexões a partir do exercício profissional dos assistentes sociais. In: DIPROSUL: o direito à saúde e a proteção social em faixas de fronteiras. Um balanço do debate acadêmico no sul da América do Sul, 2011, Pelotas (RS). **Anais do DIPROSUL**. Pelotas, 2011. p.1-27. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/8464524-Intersetorialidade-na-politica-social-reflexoes-a-partir-do-exercicio-profissional-dos-assistentes-sociais.html>>. Acesso em: 14 abr. 2021.

MIRANDA, Lilian; ONOCKO-CAMPOS, Rosana T. Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 6, p. 1153-1162, jun. 2010.

MISSE, Michel. Violência e teoria social. **Dilemas**, v. 9, n. 1, p. 45-63, jan./abr. 2016.

NETTO, José Paulo. A construção do projeto ético-político do Serviço Social. In: MOTA, Ana et al. **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. Cortez, 2006.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e serviço social: uma análise do serviço social no Brasil pós 64**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2005a.

NETTO, José Paulo. O movimento de reconceituação 40 anos depois. **Serviço Social & Sociedade**, v. 26, n. 84, nov. 2005b.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

NOGUEIRA, Vera M. R. Determinantes sociais de saúde e a ação dos assistentes sociais: um debate necessário. **Serviço Social & Saúde**, v. X, n. 12, dez. 2011.

NOGUEIRA, Vera M. R. A importância da equipe interdisciplinar no tratamento de qualidade na área da saúde. **Revista Katálysis**, n. 3., p. 40-48, 1998.

ODA, Ana Maria G. R.; DALGALARRONDO, Paulo. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 12, n. 3, p. 983-1010, 2005.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração universal dos direitos humanos**. Paris: Assembleia Geral das Nações Unidas, 1948. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/direitoshumanos/declaracao/>>. Acesso em: 23 maio 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS BRASIL (ONU BRASIL). **Mapa do encarceramento: os jovens do Brasil**. ONU, 2018. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/01/Mapa_do_Encarceramento_-_Os_jovens_do_brasil.pdf>. Acesso em: 9 abr. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Neurociência do uso e da dependência de substâncias psicoativas**. Trad. Fábio Corregiari. São Paulo: Roca, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaração de Caracas**. 14 nov. 1990. Disponível em: <<http://laps.ensp.fiocruz.br/arquivos/documentos/12>>. Acesso em: 27 maio 2021.

PACHECO, Maria Vera Pompêo de Camargo. Esquirol e o surgimento da psiquiatria contemporânea. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 6, n. 2, p. 152-157, jun. 2003.

PASSOS, Eduardo H.; SOUZA, Tadeu P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, n. 1, p. 154-162, 2011.

PAULIN, Luiz F.; TURATO, Egberto R. Antecedentes da Reforma Psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências, Saúde**, v. 11, n. 2, p. 241-258, maio/ago. 2004.

PEREIRA, Jaira Alana Claro. **O serviço social na saúde mental**: um estudo acerca das demandas, competências e dificuldades profissionais nos CAPS à luz da Reforma Psiquiátrica. 2011. 126 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011.

PEREIRA, Potyara A. P. Questão Social e direito à cidadania. **Temporalis**, v. 2, n. 3, jan./jun. 2001.

PEREIRA, Sofia Laurentino Barbosa. Saúde mental e intersectorialidade: reflexões a partir de demandas aos assistentes sociais. **SER Social**, v. 22, n. 46, jan./jun. 2020.

PIANA, Maria Cristina. **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional**. São Paulo: UNESP; Cultura Acadêmica, 2009. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/vwc8g/pdf/piana-9788579830389.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2018.

PINHEIRO, Samya Katiane Martins. **A função social das “drogas” no capitalismo contemporâneo**: uma análise do Serviço Social nos CAPS AD de Natal/RN. Natal, 2017.

PINTO, Cândida Martins. Metanálise qualitativa como abordagem metodológica para pesquisas em Letras. **Atos de Pesquisa em educação**, v. 8, n. 3, p.1033-1048, set./dez. 2013.

PRATES, Jane C. O método marxiano de investigação e o enfoque misto na pesquisa social: uma relação necessária. **Textos & Contextos**, v. 11, n. 1, p. 116-128, jan./jul. 2012.

PRATES, Jane C. et al. A política de inclusão para populações em situação de rua no Brasil e o desafio da integralidade. In: SIPINF – Seminário Internacional sobre Políticas Públicas, Intersectorialidade e Família, 2013, Porto Alegre. **Desafios éticos no ensino, na pesquisa e na formação profissional**, v. 1, 2013. Disponível em: <<https://ebooks.pucrs.br/edipucrs/anais/sipinf/i/edicoes/l/13.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2021.

RAICHELLIS, Raquel. Proteção social e trabalho do assistente social: tendências e disputas na conjuntura de crise mundial. **Serviço Social & Sociedade**, n. 116, p. 609-635, out./dez. 2013

RAMOS, Frederico Ramos, KOGA, Dirce. Trajetórias de vida: desafios da pesquisa sociourbanística e contribuição para a gestão pública. **Serviço Social & Sociedade**, n. 106, p. 335-364, abr./jun. 2011.

REDE de Solidariedade da POPRUA. Abr. 2020. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/saudecoletiva-covid-19/rede-de-solidariedade-da-poprua/>>. Acesso em: 26 maio 2021.

REIS, Toni (Org.). **Manual de Comunicação LGBTI+**. 2. ed. Curitiba: Aliança Nacional LGBTI; GayLatino, 2018.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, Silverio; COSTA, Nilson (Orgs.). **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 2007.

ROBAINA, Conceição M. V. O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental. **Serviço Social & Sociedade**, n. 102, p. 339-351, abr./jun. 2010.

RONSANI, Ana Paula Vargas. **Dilemas e desafios do processo de participação na área da saúde**: uma análise a partir da produção científica do Serviço Social. 2021. 171 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre 2021.

SAMPAIO, Rosana F.; MANCINI, Marisa C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 11, n. 1, p. 83-89, jan./fev. 2007

SANTOS, Aila Fernanda dos. **Drogas enquanto mercadorias nas relações sociais capitalistas**: um debate no serviço social brasileiro. 2019. 217 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Políticas Sociais) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Políticas Sociais, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2019.

SANTOS, Alexandre J. dos et al. Apontamentos críticos sobre “As 23 teses pela Reforma do Serviço Social Brasileiro”. O projeto ético-político do serviço social no contexto do avanço do ultraconservadorismo. **Revista Praia Vermelha**, v. 29, n. 2, 2019.

SANTOS, Maria Paula G. dos; PIRES, Roberto R. C. Políticas de cuidado a usuários de álcool e outras drogas no Brasil: evolução histórica e desafios de implementação. In: PIRES, Roberto R. C.; SANTOS, Maria Paula G. (Orgs.). **Alternativas de cuidado a usuários de drogas na América Latina**: desafios e possibilidades de ação pública. Brasília: Ipea, 2021.

SCHEFFER, Graziela; QUIXABA, Auriane. Trabalho, estigma e uso de drogas: encruzilhadas da inserção ao mercado atual. **Serviço Social & Realidade**, v. 24, n. 2, 2015.

SCHERER, Giovane A. Territórios violentados e vidas descartáveis: a dinâmica espacial do capital diante da crise estrutural. **Emancipação**, v. 18, n. 2, p. 251-265, 2018.

SERAPIONI, Mauro. Franco Basaglia: biografia de um revolucionário. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 26, n. 4, p.1169-1187, out./dez. 2019.

SILVA, Ellayne Karoline Bezerra da; ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. Desinstitucionalização psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado? **Revista Katálysis**, v. 17, n. 2, p. 252-260, 2014.

SILVA, José Fernando Siqueira da. Crise do capital, neoconservadorismo e Serviço Social no Brasil. **Em Pauta**, v. 13, n. 35, p. 99-125, 2015.

SILVA, José Fernando Siqueira da. Violência e Serviço Social: notas críticas. **Revista Katálysis**, v. 11, n. 2, p. 265-273, jul./dez. 2008.

SILVA, Sílvia Moreira. **O trabalho nos centros de atenção psicossocial álcool e outras drogas (CAPS-ad) nos municípios de Santo André e Diadema (SP): desafios para a atuação profissional**. 2019. 186 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2019.

SOUZA, Tadeu P.; CARVALHO, Sérgio R. Reduzindo danos e ampliando a clínica: desafios para a garantia do acesso universal e confrontos com a internação compulsória. **Polis e Psique**, v. 2, n. 3, p. 37-58, 2012.

TEIXEIRA, Joaquina Barata; BRAZ, Marcelo. O projeto ético-político do Serviço Social. In: CFESS. **Serviço Social Direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS, 2009.

TEIXEIRA, Luciana da S. Impacto econômico da legalização das drogas no Brasil. **Portal da Câmara dos Deputados**, 2016. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/estudos-e-notas-tecnicas/publicacoes-da-consultoria-legislativa/areas-da-conle/tema10/impacto-economico-da-legalizacao-das-drogas-no-brasil>>. Acesso em: 9 jul. 2020.

TEIXEIRA, Manoel Olavo Loureiro. Pínel e o nascimento do alienismo. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 19, n. 2, p. 540-560, maio/ago. 2019.

TUON, Regina Esther de Araújo C. **A inserção e atuação do assistente social nos Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas – CAPSad**. 2011. 88 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011.

VELOSO, Laís H. P.; ABREU, Renata P. A questão social das drogas e a prática do Serviço Social (uma proposta de afirmação de direitos e cidadania). **Interagir: Pensando a Extensão**, n. 6, p. 11-16, ago./dez. 2005.

VIEIRA, Elisabete Vitorino. **Serviço Social e atuais tendências do exercício profissional na saúde mental em João Pessoa/PB**. 2018. 149 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2018.

YASBEK, Maria Carmelita. **Os fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social brasileiro na contemporaneidade**. In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS; ABEPSS; CEAD, 2009. Disponível em: <<http://cressrn.org.br/files/arquivos/ZxJ9du2bNS66joo4oU0y.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2021.

APÊNDICE A – Carta de Aprovação do Sistema de Pesquisa da PUCRS**SIPESQ**

Sistema de Pesquisas da PUCRS

Código SIPESQ: 9771

Porto Alegre, 23 de janeiro de 2020.

Prezado(a) Pesquisador(a),

A Comissão Científica da ESCOLA DE HUMANIDADES da PUCRS apreciou e aprovou o Projeto de Pesquisa "O trabalho do (a) assistente social nosCentros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas CAPS AD: um estudo sobre as perspectivas teóricas das produções acadêmicas no Serviço Social".

Atenciosamente,

Comissão Científica da ESCOLA DE HUMANIDADES

APÊNDICE B – Roteiro de análise das dissertações e teses

Nº	ANO	AUTORIA	TIPO DE PRODUÇÃO	TÍTULO	PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
----	-----	---------	------------------	--------	---------------------------

Questões para análise documental:

- Quais os desafios e potencialidades no trabalho dos (as) assistentes sociais desenvolvidos no CAPS AD?
- Quais os elementos da análise de conjuntura que se destacam nas produções acadêmicas referentes ao trabalho dos (as) assistentes sociais?
- Existe articulação com o projeto ético-político da profissão nas produções que discutem o tema?



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Pró-Reitoria de Graduação
Av. Ipiranga, 6681 - Prédio 1 - 3º. andar
Porto Alegre - RS - Brasil
Fone: (51) 3320-3500 - Fax: (51) 3339-1564
E-mail: prograd@pucrs.br
Site: www.pucrs.br