

**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**SERVIÇO SOCIAL E O CAPS AD: DESAFIOS E O
TRABALHO PROFISSIONAL**

LARYSSA DE SOUZA RUFINO

2022



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

SERVIÇO SOCIAL E O CAPS AD: DESAFIOS E O
TRABALHO PROFISSIONAL

LARYSSA DE SOUZA RUFINO

Sob a Orientação da Professora

Fabiana Schmidt

e Co-orientação da Professora

Mauricio Caetano Matias Soares

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
como requisito parcial para obtenção do título
de bacharel em Serviço Social.

Seropédica, RJ

Setembro 2022

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Biblioteca Central / Seção de Processamento Técnico

Ficha catalográfica elaborada
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Rs RUFINO, Laryssa de Souza , 28/02/1997-
Serviço Social e o CAPS AD: desafios e o trabalho
profissional. / Laryssa de Souza RUFINO. -
Seropédica/Rj, 2022.
40 f.

Orientador: Fabiana SCHMIDT.
Coorientador: Mauricio Caetano Matias SOARES.
Trabalho de conclusão de curso(Graduação). --
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Serviço
Social , 2022.

1. Serviço Social . 2. Saúde Mental . 3. CAPS AD .
4. Questão das Drogas. 5. Reforma Psiquiátrica . I.
SCHMIDT, Fabiana, 1974-, orient. II. SOARES, Mauricio
Caetano Matias , 1980-, coorient. III Universidade
Federal Rural do Rio de Janeiro. Serviço Social . IV.
Título.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
COORD. CURSO GRAD. EM SERVIÇO SOCIAL



ATA Nº 4567 / 2022 - CoordCGSS (12.28.01.00.00.00.04)

Nº do Protocolo: 23083.059327/2022-34

Seropédica-RJ, 23 de setembro de 2022.

Laryssa de Souza Rufino

SERVIÇO SOCIAL E O CAPS AD : DESAFIOS E O TRABALHO PROFISSIONAL.

Trabalho de Conclusão de Curso submetido como requisito parcial para obtenção do título de **Bacharel em Serviço Social**, pelo Curso de Graduação em Serviço Social do Instituto de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.

Data de aprovação: 13 de setembro de 2022.

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Fabiana Schmidt.
Orientadora - presidenta (DEDH/UFRRJ)

Me. e Doutorando Mauricio Caetano Matias Soares
Co-orientador e membro externo - UFRJ

Prof. Dra. Debora Holanda Leite Menezes
Membro externo - UFRJ

Prof. Dra. Marisol Valencia Orrego
Membro interno - DEDH/UFRRJ

(Assinado digitalmente em 23/09/2022 11:29)
FABIANA SCHMIDT
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR
CoordCGSS (12.28.01.00.00.00.04)
Matricula: 1868629

(Assinado digitalmente em 23/09/2022 08:32)
MARISOL VALENCIA ORREGO
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR
DeptHOT (12.28.01.00.00.00.10)
Matricula: 1043744

(Assinado digitalmente em 23/09/2022 14:44)
DEBORA HOLANDA L MENEZES
ASSINANTE EXTERNO
CPF: 094.931.947-36

(Assinado digitalmente em 26/09/2022 06:55)
MAURICIO CAETANO MATIAS SOARES
ASSINANTE EXTERNO
CPF: 079.417.647-09

Para verificar a autenticidade deste documento entre em
<https://sipac.ufrj.br/public/documentos/index.jsp> informando seu número: **4567**, ano:
2022, tipo: **ATA**, data de emissão: **23/09/2022** e o código de verificação: **adb71d61b6**

RESUMO

Este trabalho tem o objetivo de investigar o lugar do Serviço Social, suas funções e atividades desenvolvidas na articulação da saúde mental com o campo do álcool e outras drogas, a fim de pensar na forma como são colocadas as expressões da questão social dentro da saúde mental. Através de uma pesquisa qualitativa e exploratória. Iremos tratar dos marcos, diretrizes da Reforma Psiquiátrica no Brasil e do processo de conformação da Política de Saúde Mental, com ênfase na de drogas, no Brasil, discutir a inserção dos assistentes sociais nesse campo sócio ocupacional, à luz do seu código de ética profissional e a atuação dos assistentes sociais no CAPS AD (Centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas). Os resultados encontrados são significativos para mencionar o impacto da entrada no campo sócio ocupacional da saúde mental pelos assistentes sociais, a importância do seu fazer profissional em um campo que está passando por processos de implementação do entendimento das dimensões multifacetadas do fomento da saúde mental e do entendimento da conformação das expressões da questão social dentro da saúde mental no campo de álcool e outras drogas.

Palavras chaves: Serviço Social. Saúde Mental. CAPS AD. Reforma Psiquiátrica.

AGRADECIMENTOS

A minha família pelo apoio incondicional.

Aos amigos, que sem precedentes, me fortaleceram durante o processo de formação.

Aos professores por serem verdadeiros mestres na arte de ensinar.

A minha supervisora de campo de estágio por me proporcionar experiências, que levarei por toda a minha vida profissional.

A todos que impulsionaram, estiveram presentes e colaboraram, mesmo que de forma indireta, para eu chegar até a fase final de minha graduação.

.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial.

CAPSI- Centro de Atenção Psicossocial Infantil (atendimento especializado para crianças e adolescentes).

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

CFESS- Conselho Federal de Serviço Social.

CRESS- Conselho Regional de Serviço Social.

CFP- Conselho Federal de Psicologia.

COFEN- Conselho Federal de Entorpecentes

CONAD- Conselho Nacional Antidrogas

LOS- Lei Orgânica da Saúde .

LGBTQIA+ - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Queer, Intersexuais, Assexuais...

MPF- Ministério Público Federal.

NAPS- Núcleo de Aperfeiçoamento nas Práticas de Saúde.

PTS- Projeto Terapêutico Singular.

PNAD- Política Nacional de Álcool e outras Drogas

PFDC- Procuradoria Federal dos Direitos dos Cidadãos.

RAPS- Rede de Atenção Psicossocial.

SUS- Sistema Único de Saúde.

SENAD- Secretaria Nacional Antidrogas

SISNAD- Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas

SUMÁRIO

Introdução.....	08
Capítulo 1. A Saúde Mental no Brasil.....	10
1.1. Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	10
1.2. A Questão das Drogas na Saúde Mental.....	15
Capítulo 2. CAPS AD e o Trabalho dos Assistentes Sociais.....	19
2.1. O Serviço Social como profissão da Saúde.....	19
2.2. O Serviço Social na Saúde Mental.....	25
2.3. O Assistente Social no CAPS AD.....	26
2.4. Questão Social como criadora de subjetividades.....	32
Considerações Finais.....	35
Referências Bibliográficas.....	37

INTRODUÇÃO

O presente trabalho é resultado da minha aproximação como estagiária acadêmica de Serviço Social no campo sócio ocupacional de Saúde Mental resultou em questionamentos, que motivaram os estudos que ora se apresentam. A integração a esse campo ocorreu no período do segundo semestre de 2018 ao segundo semestre de 2019, no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD). O referido centro é um serviço de vínculo municipal atrelado à Política Nacional de Saúde Mental, coordenado pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de compreender e oferecer as estratégias e diretrizes para organização e atenção às pessoas com necessidades de tratamento e cuidado em saúde mental provocados pelo uso abusivo de substâncias psicoativas como o álcool e outras drogas.

A partir das experiências de estágio somadas aos debates sobre a temática em espaços de seminários, fóruns e nas disciplinas de supervisão acadêmica de estágio pude pensar o lugar do Serviço Social na Saúde Mental. E tal pensamento levou-me à necessidade de compreender a profissão (sua função e atividades desenvolvidas) no campo de álcool e drogas, sendo o objeto e os objetivos para esse trabalho alinhados e formatados a partir das aulas de supervisão de estágio na universidade. No final do processo de estágio deixei o campo com a certeza que a saúde mental é um campo muito caro para o Serviço Social, muito fértil para a contribuição desta profissão e que é um campo que precisa ser ocupado, sem medo e receio cada vez mais pelo Serviço Social para que a população seja atendida de acordo com os pressupostos da reforma psiquiátrica. Além de ser um campo fértil para pesquisa, extensão é um campo que não permite monotonia e é atravessado com várias demandas que requerem respostas criativas.

No primeiro semestre de estágio, as indagações acerca da assistência aos usuários, a falta de intersectorização por parte da saúde e da assistência o que ocasionava uma cascata de violação de direitos que recaí sobre o CAPS AD, que era requisitado a dar respostas imediatas, uma postura tutelar e pontual do Estado, me chocaram e tornaram este primeiro contato dramático proporcionando experiência com a relação do desenvolvimento da prática profissional com estes atravessamentos. O segundo semestre, quando a apreensão da política e seu desdobramento está bem delineado, pude perceber que com o desmonte da política a atuação dos assistentes sociais é necessária para evitar agravamentos no atendimento aos usuários. Contudo, no último semestre consegui com a minha supervisora, pensar e colocar em prática

intervenções importantes para potencializar o processo de trabalho e garantia de direitos dos usuários.

Para a confecção deste trabalho optamos por uma pesquisa qualitativa, exploratória, pautada em uma revisão bibliográfica de fontes secundárias e no diário de campo construído na disciplina Estágio Supervisionado em Serviço Social I, II e III, como fonte primária. Tudo isso, me levou a construção deste estudo com o objetivo de pesquisar a atuação do Serviço Social na atenção a pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas, à luz da Reforma Psiquiátrica e da Política Nacional de Drogas no Brasil em, seus desafio e retrocessos, e discutir a atuação do Serviço Social nos CAPS AD.

Nessa base dividimos esse trabalho em 2 capítulos. O primeiro pretende trazer os marcos que circunscrevem a construção e implementação da Reforma Psiquiátrica e Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad) no Brasil para delinear a construção do CAPS AD enquanto política. O segundo capítulo tratará do Serviço Social e o seu processo de trabalho na saúde mental. Portanto, ele revela o potencial de desenvolver diálogos entre as categorias Serviço Social, saúde mental e prática profissional, sem ter a pretensão de esgotar a discussão com a intenção de trazer elementos para pensar em uma relação construtiva e complementar a luz do projeto ético-político do Serviço Social. O objetivo dessa pesquisa, é investigar o lugar do Serviço Social, suas funções e atividades desenvolvidas na articulação da saúde mental com o campo do álcool e outras drogas.

CAPÍTULO 1

BREVE TRAJETÓRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E A QUESTÃO DAS DROGAS NA SAÚDE MENTAL

Neste capítulo iremos tratar dos marcos, diretrizes da Reforma Psiquiátrica e do processo de conformação da Política de Saúde Mental - com ênfase na de drogas - no Brasil. Ademais, abordar sobre o panorama social, político da construção e formação da Política sobre drogas no Brasil.

1.1. Reforma Psiquiátrica no Brasil.

A Reforma Psiquiátrica foi um marco para o tratamento na Saúde Mental no Brasil. Protagonizada por atores sociais representantes da sociedade civil e trabalhadores de saúde. A Reforma foi um movimento contra as intervenções desumanas, violentas, estigmatizantes, medicalizadas e de isolamento social voltadas às pessoas com transtorno mental. Ela é considerada como um espaço de luta em prol da cidadania, do reconhecimento da condição de sujeito de direito e daqueles que precisam de um suporte da Saúde Mental.

Datada dos anos 1970, a luta antimanicomial, por ter como bandeira a suspensão dos manicômios como estratégias de tratamento psiquiátrico, chega ao seu ápice, embalado pelo Movimento de Reforma Sanitária em 1987, quando ocorre o II Congresso Nacional do Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental, na cidade de Bauru (SP), com o tema “Por uma sociedade sem manicômios”, tendo como base a Declaração de Caracas¹. Uma de suas consequências foi a criação do primeiro CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) no Brasil, no estado de São Paulo, como proposta de reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro das Comunidades Locais de Saúde. Os propósitos do Congresso ultrapassam as barreiras da Psiquiatria, leia a seguir um trecho da Carta de convocação dos trabalhadores para o congresso.

Um desafio radicalmente novo se coloca agora para o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Ao ocuparmos as ruas de Bauru, na primeira manifestação pública

¹ Em 1990, surge a Declaração de Caracas, documento final da Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde, convocada pela Organização Pan-americana da Saúde. Finalmente, nesse mesmo período, a Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas adota, em dezembro de 1991, os Princípios para a Proteção dos Enfermos Mentais e para a Melhoria da Atenção à Saúde Mental. (JORGE E FRANÇA, 2021, p. n.p).

organizada no Brasil pela extinção dos manicômios, os 350 trabalhadores de saúde mental presentes ao II Congresso Nacional dão um passo adiante na história do Movimento, marcando um novo momento na luta contra a exclusão e a discriminação. Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos.

O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada.

O manicômio é a 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.

Organizado em vários estados, o Movimento caminha agora para uma articulação nacional. Tal articulação buscará dar conta da Organização dos Trabalhadores em Saúde Mental, aliados efetiva e sistematicamente ao movimento popular e sindical.

Contra a mercantilização da doença!

Contra a mercantilização da doença; contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária; por uma reforma sanitária democrática e popular; pela reforma agrária e urbana; pela organização livre e independente dos trabalhadores; pelo direito à sindicalização dos serviços públicos; pelo Dia Nacional de Luta Antimanicomial em 1988!

Por uma sociedade sem manicômios!

Bauru, dezembro de 1987 - II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental. (BAURU, 2017, p. 537).

Nesse trecho é possível identificar que a desinstitucionalização e a desmedicalização são elementos fundantes da luta pela Reforma Psiquiátrica. O primeiro, trata-se do rompimento do modelo tradicional de isolamento para um modelo de atenção que fornece serviços ambulatoriais de base comunitária possibilitando a tratamento dentro dos territórios onde os usuários possuem vínculos. O segundo, é necessário para a retomada da integridade humana dos usuários. A centralidade do tratamento na figura do médico negligenciava as outras dimensões inerentes à vida do sujeito, ocasionando etiquetamento que se desdobrava em formas diagnósticas, desconsiderando a questão social. A desmedicalização é o processo de retomar o entendimento da complexidade que perpassa a vida dos sujeitos e a abertura para diferentes profissionais compor este cenário de atenção psicossocial, além de superar a relação saúde como ausência de doença, logo considerar a medicação como parte do tratamento e não a única via de tratamento, com isso superasse a lógica da medicalização da vida.

A Reforma Sanitária em 1970, trouxe proposta de reformulação de todo sistema de saúde, no tocante a saúde mental trouxe críticas a acerca do modelo manicomial e a forma de tratamento das pessoas com transtornos mentais, mercantilização da vida tratamentos que contribui um modelo de sociedade capitalista uma vez que, os tipos de tratamento são anti terapêuticos e contribui para a obtenção de lucro.

A década de 1980 foi marcada por mudanças no sistema asilar, foi o ano da primeira Conferência da Saúde Mental. Em 1987 aconteceu a implantação do primeiro CAPS brasileiro na cidade de Santos, estado de São Paulo. No ano seguinte, o Brasil viveu o marco legal da Constituição Federal de 1988, e com ela o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), promulgado em 1990 por meio da Lei 8.080/90, conhecida como “Constituição Cidadã”, cujo constructo estabelece o Estado como ator responsável pela implantação e suporte de um sistema de Proteção Social, cujo centralidade nos princípios de Seguridade Social, demarcam a proposta de um Estado comprometido com o bem-estar social dos cidadãos brasileiros. Na Lei Maior, em seu Título VIII – Da Ordem Social, a saúde é regulamentada como política social e como direito universal.

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

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. (*) As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. (BRASIL, 1988).

Além de constituir um marco para o Direito no Brasil, a Constituição Federal de 1988 ao instituir a Saúde em conjunto a Assistência Social e a Previdência Social como políticas de Seguridade Social regulamenta as ações do Estado, do setor privado e da sociedade no que tange a execução, manutenção e fiscalização dos serviços, criando a base necessária a implementação da Lei Paulo Delgado 10.216/2001, disseminação das alternativas ao hospital psiquiátrico no Brasil com a CAPS, RAPS, NAPS. O processo de consolidação desta lei conta com uma crítica dos movimentos sociais.

A organização da sociedade civil resultou em representativos da sociedade civil resultou em representativos movimentos sociais, os quais tinham como pauta a crítica aos métodos utilizados nas terapias e atendimentos às pessoas com doenças mentais. Tais movimentos impulsionaram a aprovação no Congresso Nacional do Projeto de Lei conhecido como "lei antimanicomial" ou projeto Paulo Delgado. Desde então algumas leis foram promulgadas, criando as estruturas da reforma psiquiátrica. Em 6 de abril de 2001, o Governo Federal promulgou a Lei da Reforma Psiquiátrica 10.216.

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

A promulgação da Lei da Reforma desencadeou outros acervos jurídicos para regulamentar, organizar e direcionar os serviços de saúde mental. A citar a Portaria 336/2002, que trata sobre os Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS) e as suas especificidades e modulações. Os CAPS se constituem como parte fundamental da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que define e distribui os serviços substitutivos de saúde, os quais possuem características interdisciplinar, intersetorial e local (comunitária) voltada (re)inserção do usuário a convivência familiar e comunitária. Com isso superando a lógica asilar. Os CAPS são unidades públicas de saúde mental, constituída por serviço ambulatorial de atenção diária, classificado por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, podendo ser de nível I, II ou III. A sua função é promover o atendimento público em saúde mental, devendo estar capacitados para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo, conforme previsto pela Portaria citada.

Eles devem desenvolver atividades individuais e em grupo com propostas terapêuticas que atinjam desde as necessidades individuais do usuário até a sua inserção social no território, esboçadas no Plano Terapêutico Singular (PTS). Esse deve ser construído em conjunto com o usuário e envolver oficinas terapêuticas, terapia medicamentosa (quando necessária), visitas domiciliares, atendimento a familiares e/ou rede de cuidados, suporte social e de alimentação durante o período de permanência no dispositivo.

No rol dos CAPS há aqueles com especializações como o Centro de Atendimento Psicossocial Infantil (CAPSI) destinado ao atendimento especializado de crianças e adolescentes e o Centro de Atendimento Psicossocial em Álcool e outras Drogas (CAPS AD) direcionado ao atendimento especializado a pessoa em uso abusivo de álcool e outras drogas. O último se organiza em diferentes níveis, que avalia ser importante destacar em outro momento deste estudo, quando será debatido especificamente a temática de álcool e outras drogas.

Outros dispositivos compõem a RAPS, a portaria de nº 3.088 de dezembro de 2011, que instituiu rede voltada a atenção às pessoas em sofrimento ou em transtorno mental, incluindo aquelas em uso recorrentes de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Todo este conjunto de dispositivos de Saúde Mental articulado com a rede intersetorial do território demonstra um avanço da política no Brasil. Ou seja, uma resposta positiva dos massivos manifestos populares em prol da defesa dos direitos da pessoa com

transtorno mental, que envolve aqueles que apresentam determinadas deficiência mental e/ou doença mental. As ações a partir do marco da Reforma Psiquiátrica constitui uma nova direção, na qual o isolamento social não é uma opção ventilada. Até mesmo em casos mais críticos, cabe à equipe de saúde mental construir estratégias interdisciplinares articuladas com a rede de serviços e de cuidados para uma intervenção mais próxima e intensa sem perder de vista a lógica do direito e da totalidade inerente ao sujeito.

A RAPS é responsável pelo desenvolvimento da perspectiva de desinstitucionalização, que está centrada na mudança de paradigmas de saber em saúde mental. No ponto de vista assistencial, na constatação de que o hospital psiquiátrico tradicional é anti terapêutico e que a estratégia de conversão do sistema de cuidado deve partir da substituição radical dos hospitais por serviços abertos e comunitários, capazes de assistir o usuário desde a crise aguda e as demandas de cuidado psicológico até as necessidades mais ampla de caráter social. Enfatizando um movimento de renovação de todo o sistema de saber e cuidado em saúde mental, a reinvenção da saúde na existência sofrimento dos pacientes na produção da vida de sentido da sociabilidade a utilização de formas dos espaços coletivos de convivência diversas, prezando pela cidadania que passa pelos direitos civis, políticos e sociais implicados em uma luta pelo reconhecimento de direitos dos usuários dos serviços e seus familiares. (RIBEIRO; LIMA; GUIMARÃES, 2019).

Com a proposta de desinstitucionalização, paulatinamente os hospitais psiquiátricos tiveram os seus números reduzidos, resultando na necessidade de criação de novos Programas, por meio dos quais os pacientes familiares e comunidade contribuíssem para a manutenção e fortalecimento de vínculo sem a perda dos propósitos terapêuticos, ou melhor, os vínculos em geral são postos como um dos elementos favorecedores da boa terapêutica. Vale destacar o Programa de desinstitucionalização (BRASIL, Nº 2.840/2014), que tem objetivo de assistir através de várias iniciativas as pessoas com longo processo de internação de longa permanência, com transtorno mental e com demandas decorrentes do uso de álcool e outras drogas; e o Leitos de saúde mental em hospitais gerais (BRASIL, Nº 148/2012,.) que através de incentivos financeiros preconiza a atenção em serviços hospitalares a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com demandas em saúde advindas do uso de álcool e outras drogas. Desta forma, é estabelecido os pontos de atenção para pessoas com transtornos mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de álcool e outras drogas, através da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), pela portaria pela Portaria 3.088/2011, que integra o SUS com objetivo de ampliar o

acesso à atenção psicossocial da população em geral, criar e fortalecer os vínculos com as famílias e garantir a integração e articulação das redes de saúde no território.

Todavia, o estudo sobre a desinstitucionalização e a RAPS envolve um grande esforço e espaço de debate, que não cabe nos restritos espaços destinados a esse estudo, portanto, cabe aqui destacar o elemento protagonista do estudo aqui iniciado, a atenção de pessoa em condição de uso abusivo de álcool e outras drogas. Nesse sentido, é preciso, a priori, identificar e entender como parte do processo acima arrolado, a Política Nacional de Drogas, evidenciando as suas especificidades e dinâmica de execução para então chegarmos ao CAPS AD e a atuação do assistente social nesse espaço sócio-ocupacional, o que é por esse estudo classificado como um dos objetivos a serem alcançados.

1.2 A questão das drogas na Saúde Mental

No Brasil, os problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas começaram a ser tratados pelo Estado no século XX, aproximadamente na década de 1920. A discussão foi desenvolvida no campo da segurança pública e da justiça destinada ao controle do uso, comércio de drogas e preservar a segurança e a saúde pública. De acordo com Cristina Brites (apud NOWLIS, 1982, p.13)

A finalidade principal consiste em conseguir que as drogas fiquem fora do alcance das pessoas. Supõe-se que a droga é agente ativo e o indivíduo a vítima desinformada, predisposta ou extraviada que precisa ser protegida mediante medidas legislativas aplicáveis ao cultivo, a manipulação, a produção, a distribuição, a venda, a posse - individual ou coletiva - da substância e inclusive, em certas circunstâncias, da posse de material ou instrumento para o seu uso. Considera-se que as principais formas de discussão são: o controle das drogas disponíveis, o aumento de seu custo, o castigo ou ameaça do castigo e a divulgação dos grandes danos físicos, psicológicos e sociais.

Ademais, neste primeiro momento as proposições do Estado foram sustentadas em uma agenda política, social e econômica de criminalização da pobreza, guerra às drogas e proibicionismo². A ideologia do proibicionismo, relaciona o consumo de drogas a um desvio

² O proibicionismo teve seu ápice no que se refere a criminalização da pobreza, no caminho em que a “guerra às drogas” se torna seletiva, indo de imigrantes indesejáveis em períodos de crises econômicas e étnicas e a raças em situação de vulnerabilidades sociais. Isso indica que o Estado deixa de lado o seu caminho de bem-estar social e passa a ser punitivo (LIMA, 2012).

Assim, fica nítido o aumento do contingente carcerário a partir da década de 1980, quando na verdade, os considerados “traficantes”, em sua grande maioria, são oriundos de comunidades pobres, negras, com baixa escolaridade e, quando abordados, estão sem armamento bélico. (BARCELLOS, 2017, p. 305-306).

moral que recai sobre o estatuto da ilegalidade das drogas consideradas perigosas, reforçando a noção de comportamento desviante, culpabilizando, individualizando o individual e menosprezando as determinações estruturais que incidem sobre a vida dos sujeitos. Desta forma, reserva a estes sujeitos a repressão, controle e a invisibilidade das necessidades em saúde propiciando uma cultura de guerra e insegurança.

Na década de 1970 a legislação brasileira passou a ser influenciada pelo saber médico (psiquiatria), o discurso médico se sustentava no controle e patologização sobre os usuários de droga, rotulando de doente, este aspecto legítimo uma intervenção direta na liberdade de escolha desses indivíduos. Os dispositivos criados para prestar assistência a essa demanda criada pela necessidade de controle são os hospitais psiquiátricos para a reabilitação criminal dos usuários. O Brasil passou a implementar uma política sobre drogas na primeira metade do século XX com a transferência das disposições e recomendações iniciadas pela convenção internacional do Ópio (Haia, 1912), desta forma a primeira norma legal foi o Decreto lei n. 891/1938. Em 1976 o Decreto lei anteriormente mencionado foi alterado pela lei nº 6.368 de 21 de outubro, demonstra um pouco deste processo de criminalização e patologização do consumo de álcool e outras drogas.

Art. 1º É dever de toda pessoa física ou jurídica colaborar na prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica. Parágrafo único. As pessoas jurídicas que, quando solicitadas, não prestarem colaboração nos planos governamentais de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica perderão, a juízo do órgão ou do poder competente, auxílios ou subvenções que venham recebendo da União, dos Estados, do Distrito Federal, Territórios e Municípios, bem como de suas autarquias, empresas públicas, sociedades de economia mista e fundações. Art. 2º Ficam proibidos em todo o território brasileiro o plantio, a cultura, a colheita e a exploração, por particulares, de todas as plantas das quais possa ser extraída substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica. Art. 3º Fica instituído o Sistema Nacional Antidrogas, constituído pelo conjunto de órgãos que exercem, nos âmbitos federal, estadual, distrital e municipal § 2º Os estabelecimentos hospitalares e clínicas, oficiais ou particulares, que receberem dependentes para tratamento, encaminharão à repartição competente, até o dia 10 de cada mês, mapa estatístico dos casos atendidos durante o mês anterior, com a indicação do código da doença, segundo a classificação aprovada pela Organização Mundial de Saúde, dispensada a menção do nome do paciente. Art. 11. Ao dependente que, em razão da prática de qualquer infração penal, for imposta pena privativa de liberdade ou medida de segurança preventiva será dispensado tratamento em ambulatório interno do sistema penitenciário onde estiver cumprindo a sanção respectiva. Art. 12. Importar ou exportar, remeter, preparar, produzir, fabricar, adquirir, vender, expor à venda ou oferecer, fornecer ainda que gratuitamente, ter em depósito, transportar, trazer consigo, guardar, prescrever, ministrar ou entregar, de qualquer forma, a consumo substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar; Pena - Reclusão, de 3 (três) a 15 (quinze) anos, e pagamento de 50 (cinquenta) a 360 (trezentos e sessenta) dias-multa. (BRASIL, 1976, np).

No entanto, com a Reforma Psiquiátrica e os pressupostos do SUS na Constituição Federal de 1988, o uso de álcool e outras drogas é encarada como uma questão de saúde pública, centrada no tratamento, prevenção e pesquisa vinculada a universidades públicas e a estratégia de Redução de Danos, estratégia interventiva terapêutica proposta pela Política de Redução de Danos. Esta perspectiva de trabalho está integrada à compreensão que não é somente a diminuição do consumo de álcool ou outras drogas que pode ser adotado como uma intervenção estratégica, são várias formas de ação que podem ser adotadas dependendo das particularidades do usuário. Como por exemplo: construção coletiva de práticas e saberes, manter o foco nas pessoas não na substância, é saber que a relação com a droga não passa só pela dependência, é cuidado para além das drogas, tem relação com os direitos das pessoas, com o atendimento integral que atende a diversidade ou seja é um processo não uma resposta pronta, é singular não tem uma fórmula, é uma estratégia de saúde pública que busca minimizar as consequências adversas do consumo de drogas do ponto de vista da saúde e dos seus aspectos sociais e econômicos sem, necessariamente reduzir esse consumo.

A estratégia de redução de danos complementa essa perspectiva quando trabalha junto com os usuários de uso prejudicial de álcool e de outras drogas a retomada de sua cidadania, adotando uma direção de trabalho voltada para a construção de autonomia do usuário no cuidado de si, visando a prevenção, o tratamento e a reabilitação dos usuários de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública. A estratégia da redução de danos consiste na direção da produção da saúde do usuário - uma oferta de cuidado diametralmente oposta às propostas da simples abstinência, que visa a remissão do sintoma e a cura do doente. (ARAÚJO; DUARTE, 2017, p. 279).

Nos anos 1980, temos a instituição do Conselho Federal de Entorpecentes (COFEN) que mais tarde foi transformado em Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e logo depois, na década seguinte, foi criado pelo Decreto n. 2.632, de 19 de junho de 1998, a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) com objetivo de gestar a Política Nacional Antidrogas. Nos primeiros anos do século XXI, como fruto das articulações entre os Estado e a sociedade, a Política Nacional Antidrogas (PNAD) é forjada via Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002. Três anos depois, o amadurecimento da discussão sobre drogas tem como efeito a revisão nos fundamentos da Política Nacional por meio da Resolução nº 3/GSIPR/ CONAD, a qual provoca mudanças no nome e nas diretrizes. O prefixo anti foi retirado dando lugar a nova nomenclatura Política Nacional Sobre Drogas.

Em 2006, a lei de nº 11.343/2006, institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), nasce, portanto, a necessidade de trazer diferenciações das leis e resoluções até então instituídas. Alguns pontos importantes da lei são; substituir o termo de substâncias entorpecentes para droga a fim de incluir um número maior de substâncias para as discussões e

ações, a prevenção do uso das substâncias, assistência aos dependentes químicos, ressocialização do usuário tirando a centralidade da punição e realocando para a saúde pública e a retirada da pena de prisão em flagrante para usuários, “prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.” (BRASIL, 2006).

No ano de 2010, o Decreto nº 7.179 possibilitou ao Governo Federal criar o Plano Integral de Enfrentamento ao Crack. Ação estimulada pela suposta “epidemia de crack” (usando o discurso conservador religioso) que cedeu espaço para as Comunidades Terapêuticas. Essas defendem a internação, isolamento social das pessoas em uso de droga, principalmente, aquelas que estão em situação de rua, devido às drogas. Tal proposta trata o tráfico e o uso de drogas como algo ligado ao indivíduo e a higienização moral e social, logo, nessa percepção de criminalização da pessoa pretendia-se enfrentar o tráfico de drogas.

Todavia, outras propostas aliadas ao retrocesso e a culpabilização incidiram fortemente no futuro da política sobre drogas no Brasil. O governo do Presidente Jair Bolsonaro, já no seu início, minou as propostas anteriores sobre droga quando aprovou em 11 de de abril de 2019, por meio da assinatura do Decreto n. 9.761, a nova Política Nacional de Álcool e outras Drogas (PNAD). As principais mudanças são; medidas para internação involuntária, mudança das penas por tráfico de 4 para 6 anos, o privilégio de financiamento e a inserção das comunidades terapêuticas na RAPS, desta forma privilegiando a proposta terapêutica da abstinência. O desmonte da Reforma Psiquiátrica e a Política Nacional de Álcool e outras Drogas, desse modo, os investimentos e o processo de implantação dos serviços de atenção psicossocial sofrem com falta de atenção orçamentária. Esse panorama, fortalece o sucateamento das condições de trabalho para os assistentes sociais, impactando a população usuária em um cenário de desassistência, convocando os assistentes sociais a ter ações pontuais e não atender as necessidades da oferta de atenção psicossocial adequada.

CAPÍTULO 2

CAPS AD E O TRABALHO DOS ASSISTENTES SOCIAIS.

Como vimos no capítulo anterior, o enfrentamento das drogas constitui um desafio para a política e para os profissionais que nela atuam, com destaque para os assistentes sociais que tem na questão social o seu objeto de estudo e em suas manifestações as demandas que se apresentam com necessidades sociais da população usuária. No campo sócio-ocupacional da Saúde Mental, o assistente social tem de responder às demandas originárias da instituição, da pessoa em tratamento e de sua família. Tais demandas são perpassadas por estigmas e cultura de exclusão que se tornam grandes barreiras, principalmente quando se refere a pessoa em uso abuso de álcool e outras drogas. Daí a necessidade de separarmos um espaço para o debate sobre o trabalho de assistente social nos CAPS AD. Discutir a inserção dos assistentes sociais nesse campo sócio-ocupacional, e o processo de formulação e atravessamentos que forjam o objeto de trabalho dos assistentes sociais, no contexto dos projetos políticos em disputa na Saúde, as atribuições e competências dos assistentes sociais à luz do seu código de ética profissional e a atuação dos assistentes sociais no CAPS AD.

2.1 O Serviço Social como profissão da saúde.

O Serviço Social é uma profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho, que possui formação de nível superior e desempenha uma função social ligada à defesa dos direitos e da justiça social, com intuito promover a emancipação social, política e humana dos sujeitos sociais. Portanto, é “um tipo de especialização do trabalho coletivo” que desenvolve estudos e propostas interventivas sobre a questão social, a qual se apresenta em suas multifacetadas formas e expressões. Isso significa que para:

A compreensão da profissão de Serviço Social implica o esforço de inseri-la no conjunto de condições e relações sociais que lhe atribuem um significado e nas quais torna-se possível e necessária. Afirma-se como um tipo de especialização do trabalho coletivo, ao ser expressão de necessidades sociais derivadas de práticas históricas das classes sociais no ato de produzir e reproduzir os meios de vida e de trabalho de forma socialmente determinada. (IAMAMOTO, 2006, p. 76).

A questão social, que se configura como objeto do Serviço Social, no Brasil tem historicamente sido determinada em virtude das conjunturas políticas e socioeconômicas do

país, sempre com vistas às perspectivas teóricas e ideológicas orientadoras da intervenção profissional. Na década de 1930 com a ascensão do capitalismo monopolista, as relações de classe são intensificadas e o processo de acumulação se aprofunda ampliando a exploração dos trabalhadores e com ela a desigualdade social, materializada na precarização do trabalho e na ampliação da pobreza. Em consequência a classe trabalhadora expressa a sua organização e reivindica formas de proteção e melhores condições de trabalho. Na época, o governo de Getúlio Vargas, em aliança com o projeto de hegemonia americana, promulgou leis trabalhistas e modelou um tipo de proteção social regulada para os trabalhadores. Essa proteção estava ligada ao sistema previdenciário, cujas instituições prestadoras do serviço contratavam assistentes sociais, por intermédio do Estado, para atuar na conformação da classe trabalhadora aos aspectos exploratórios do capital.

Além das políticas sociais, os assistentes sociais eram profissionais requisitados pelas indústrias, pois a formação conservadora de cunho confessional e funcional ao capital era essencial para o controle e adaptação da classe trabalhadora ao sistema. Em meio ao desenvolvimentismo brasileiro, o Serviço Social foi agregando novas direções ideológicas e metodológicas, absorvendo influências norte-americanas do Serviço Social de Casos e em seguida aderindo ao Serviço Social de grupo e de comunidade.

Os fenômenos sociais eram analisados a partir de conceitos das ciências sociais, que recebiam forte influência das ciências naturais, portanto, ganhavam caráter psicopatológico, que dava as expressões da questão social características de “doença” e as suas intervenções nomenclaturas de tratamento. Nessa direção, a pobreza não passava de um desvio moral do sujeito. Com isso a responsabilidade dos problemas sociais recaía sobre o sujeito o colocando à margem da sociedade por ser considerado inapto a ela. Dessa forma, o sujeito deveria ser incluído e para tal deveria se submeter aos padrões conservadores. O assistente social contribuía para a harmonização, equilíbrio e manutenção da desigualdade social, compreendendo-a como resultante de escolhas e de papéis sociais a serem desempenhados.

Durante a década de 1960, e nas décadas seguintes, um grupo de assistentes sociais questionava as metodologias aplicadas pelos assistentes sociais, pois elas não correspondiam à realidade brasileira abrindo uma série de brechas das quais os assistentes sociais não conseguiam atuar. Isso resultou em um movimento, que unido a um processo de renovação, já iniciado em outros países da América Latina, resultou no Movimento de Reconceitualização do Serviço Social no Brasil. De certo esse movimento ocorre em um momento muito singular da América Latina, que foi o período das duras ditaduras militares no referido território. No Brasil

esse movimento ocorreu no interior dos órgãos representativos da profissão, que emplacaram Seminários, Fóruns e Encontros Nacionais e Regionais que culminaram em Documentos que são historicamente determinantes para a construção de um Serviço Social Renovado no Brasil.

Como resultante desse movimento, o Serviço Social brasileiro aporta no século XXI com novo Código de Ética, nova Lei de Regulamentação da Profissão e uma nova Diretriz Curricular para a formação profissional. Esse conjunto de elementos filosóficos, normativos, jurídicos e científicos dá à profissão o reconhecimento da questão social como o seu objeto de estudo e de intervenção com a finalidade, expressa na intencionalidade do Projeto ético-político da Profissão, voltada à emancipação social, política e humana dos sujeitos sociais a partir da centralidade da liberdade e do pilar da democracia. O entendimento da questão social está relacionado com a consolidação do modo de produção capitalista, que tem como essência a acumulação de capital proveniente da exploração da mão-de-obra do trabalhador, que desprovido dos meios de produção, se submete a lógica de dominação para a sua sobrevivência, gerando o conflito entre explorados e exploradores.

A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão”. (IAMAMOTO, 2006, p.77).

A questão social além de materializar a perversidade do processo capitalista de acumulação, ou seja, a desigualdade social que dá ao capital a sua existência, depende do reconhecimento de sua existência pela classe trabalhadora, que consciente de seu papel político pode engendrar ações de resistência e de inversão do modo capitalista de produção. No cerne dessa dualidade que os

assistentes sociais trabalham com a questão social nas suas mais variadas expressões cotidianas [...]. Questão social que, sendo desigualdade, também é rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem e se opõem. É nesta tensão entre produção da desigualdade e produção da rebeldia e da resistência que trabalham os assistentes sociais, situados nesse terreno movido por interesses sociais distintos, aos quais não é possível abstrair ou deles fugir, porque tecem a vida em sociedade (IAMAMOTO, 2006, p.28).

Deste modo, é conformado que o objeto do trabalho do Serviço Social se encontra no âmbito da questão social, cujas expressões assumem características específicas, de acordo com o movimento histórico e dialético da realidade que a conforma. Em outras palavras, o assistente social reconhece a questão social como um elemento dinâmico, portanto, deve ser estudada por meio de um método que o auxilia captar essa dinâmica. Daí a aproximação da profissão a teoria marxista fez toda a diferença no final do século XX. A Teoria Social de Marx permitiu entender

a essência da sociedade burguesa e com isso identificar que a questão social não é linear e estagnada e dependente das escolhas dos sujeitos, como outrora entendia. A questão social é fruto de um movimento dinâmico do capital, que atinge o sujeito nas dimensões do universal, do singular e do particular. Nessa direção, os problemas sociais que atingem os sujeitos sociais não dependem unicamente deles, mas sim do contexto socioeconômico, cultural e político que o determina.

Seguindo essa direção o assistente social coaduna com o conceito de saúde que define que saúde não é somente ausência de doenças, mas projeção de diferentes determinantes de diferentes bases. Os assistentes sociais são reconhecidos como profissionais da Saúde, pelo Ministério da Saúde a partir da Resolução nº 218, de 08 de março de 1997 e a Resolução do CFESS nº 383/99 de 29/03/1999.

A Saúde é um direito social universal definido pela Constituição Federal de 1988, dentro do tripé da Seguridade Social, e regulamentado em 1990 por meio da Lei 8.080, que institui, o Sistema Único de Saúde (SUS), resultante das propostas das lutas sociais e política, ocorridas no auge da Ditadura Militar Brasileira, que configurava um Projeto de Reforma Sanitária que tem como base o Estado democrático de direitos responsável pelas políticas sociais.

A principal proposta da Reforma Sanitária é a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nessa direção, ressalta-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho, ou seja, com ênfase nos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, em consonância com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde; e efetivo financiamento do Estado. (CFESS, 2010, p.19)

Apesar da grandiosidade do SUS em consolidar a saúde como um direito universal de acesso igualitário e equânime à população, a agenda neoliberal instaurada nos anos 1990 no Brasil, que ganha força no século XXI, coloca muito dos propósitos da Reforma Sanitária em xeque, gerando grandes agravos à saúde no seu processo de efetivação como direito social.

A política pública de saúde tem encontrado notórias dificuldades para sua efetivação, como a desigualdade de acesso da população aos serviços de saúde, o desafio de construção de práticas baseadas na integralidade, os dilemas para alcançar a equidade no financiamento do setor, os avanços e recuos nas experiências de controle social, a falta de articulação entre os movimentos sociais, entre outras. Todas essas questões são exemplos de que a construção e consolidação dos princípios da Reforma Sanitária permanecem como desafios fundamentais na agenda contemporânea da política de saúde. (CFESS, 2010, p.21)

A saúde é constituída por dois projetos políticos em disputa, o Projeto Privatista e o Projeto da Reforma Sanitária. O Projeto Privatista demanda dos Assistentes Sociais, ação

fiscalizadora, assistencialismo, atuação psicossocial através de aconselhamento, entre outras solicitações. E o Projeto sanitaria demanda dos Assistentes Sociais, democratização do acesso, estímulos à participação popular, trabalho interdisciplinar, entre outras solicitações, demonstrando uma relação com o projeto ético político da profissão e as formulações da Reforma Sanitária.

O conceito de Seguridade Social contida na constituição de 1988 com relação a Proteção Social é composta pelo tripé Saúde, Assistência Social e Previdência Social atrelada a implementação do SUS regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS), possibilitado através do movimento de Reforma Sanitária e da associação a Seguridade Social, viabiliza a inserção dos assistentes sociais na saúde na perspectiva de garantia de direitos para a classe trabalhadora. O conceito de Saúde contido na constituição federal “Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” oportuniza espaço para atuação dos assistentes sociais voltada para intervenção das expressões da questão social através do uso das políticas sociais como ferramenta de intervenção.

Na Carta de Maceió (2000), além de mencionar o avanço da Constituição Federal, amplia a concepção de seguridade Social "(educação, saúde, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência e assistência social), de modo a conformar um amplo sistema de proteção, mais consoante às condições gerais dos cidadãos brasileiros (BOSCHETTI, 2007).”. Contudo, as atribuições e competências dos Assistentes Sociais são direcionados pelo código de ética profissional e a lei de regulamentação da profissão princípios fundamentais:

- I. Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais;
- II. Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo;
- III. Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras;
- IV. Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida;
- VII. Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual;
- VIII. Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero;
- IX. Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos/as trabalhadores/as;
- X. Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional;

XI. Exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a, nem discriminado, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física.

V. 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; VI. 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. (CFESS,1993, p. 23 e 24).

Entretanto na saúde com dois projetos em disputa, o privatista e o projeto de reforma sanitária, os assistentes sociais vêm sendo requisitados a exercer diferentes atribuições.

O projeto privatista vem requisitando ao assistente social, entre outras demandas, a seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais.

Entretanto, o projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular. (CFESS, 2010, p. 26).

Com a hegemonia da profissão da intenção de ruptura em 1980.

as demandas democráticas e populares, a mobilização e organização dos trabalhadores urbanos e rurais colocam na agenda política brasileira a exigência de transformações políticas e sociais e a necessidade de articulação dos projetos profissionais aos projetos societários que são propostos para o conjunto da sociedade. (Idem, 2010, p.26).

Com processo de fortalecimento por parte do governo ao projeto privatista colocando um desafio para atuação nesse espaço social ocupacional, no entanto, preservando sua identidade profissional:

Os assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional. A partir do exposto, se explicitam as principais ações desenvolvidas pelo assistente social nesses quatro eixos. Importante destacar que esses eixos não devem ser compreendidos de forma segmentada, mas articulados dentro de uma concepção de totalidade. (Ibidem, 2010, p.41).

Diante do exposto, os assistentes sociais têm um grande desafio colocado para a sua atuação na saúde no processo de implantação e implementação do SUS e uma constante luta pelo acesso aos direitos dos usuários dos seus serviços. Dificuldades que atravessam também a sua atuação na área da saúde mental que tem seus limites e possibilidades atrelado a um Estado privatista, proibicionista e manicomial.

2.2 O Serviço Social na Saúde Mental.

A Saúde Mental é atravessada por dois projetos que estão em disputa: o Projeto de Reforma Psiquiátrica associado às conquistas dos movimentos sociais, dos usuários e trabalhadores da saúde mental atrelado ao grande Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Punitivista, religioso, conservador que sempre esteve na disputa pelo direcionamento da política de Saúde Mental e que tem como importante figura atualmente a regência do atual governo no constante desmonte de lutas e conquistas históricas atrelado ao Projeto privatista.

A organização do modelo de Reforma Psiquiátrica tem como importante dispositivo de fomento dessa perspectiva os CAPS. Trata-se de uma estratégia da rede de atenção psicossocial (RAPS), que tem como objetivo fornecer apoio às pessoas com transtornos mentais faz parte de uma política que busca prestar assistência a partir da inserção psicossocial integrada a comunidade e a família ao invés de reclusão em hospitais e centros manicomial, nessa direção o atendimento psicossocial é realizado nos CAPS, que são classificados conforme número de demandas e especificidades do território. Eles atendem todas as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, incluindo quem faz uso de substâncias psicoativas. Nas propostas dos CAPS de níveis I e II o que muda é o tamanho da população das áreas atendidas. O CAPSI oferece atendimento especializado para crianças e adolescentes, e os CAPS AD atendimento especializado para pessoas com transtornos do uso das drogas psicoativas. O CAPS III é o tipo mais complexo deles, pois oferece vagas de acolhimento noturno e no caso da modalidade AD, ou seja, CAPS AD III, além de oferecer vaga de acolhimento noturno, produz atendimento 24 horas.

No entanto, o Projeto privatista, neoliberal, religioso e conservador tem como principais dispositivos de consolidação desta perspectiva, as Comunidades Terapêuticas, que atualmente sofrendo um super investimento financeiro no atual governo, passa a receber usuários de forma compulsória (com determinação da justiça), e a atender a população de rua, além de comprar aparelhos de eletrochoques. É uma política de punição, privação de liberdade que retorna práticas e retrocede uma série de conquistas e lutas históricas do movimento de reforma psiquiátrica no Brasil.

O objetivo das comunidades terapêuticas é fazer com que a pessoa interrompa completamente o consumo de álcool e outras drogas a partir do modelo da **abstinência**, em oposição ao modelo defendido pela redução de danos, que prevê um uso responsável e consciente a partir da redução gradativa. Antes de ingressar no CT, é exigido que a pessoa se comprometa com a abstinência como condição para o início do tratamento. Uma vez dentro, os/as pacientes interrompem o vínculo com a comunidade exterior – há uma convivência restrita estabelecida entre os próprios pares e com os/as funcionários/as da instalação – e começam a participar de uma rotina

disciplinarização que alterna trabalhos diversos, práticas de espiritualidade religiosa e acompanhamento médico. (ITCC, 2020, p n.p)

De acordo com a Procuradoria Federal dos direitos do cidadão (PFDC) órgão do Ministério Público Federal (MPF), pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) e pelo mecanismo “Nacional de Prevenção e Combate à Tortura”, que realizou uma inspeção em 29 comunidades terapêuticas de diferentes regiões do país foi comprovada que todas as comunidades aponta casos de violação de direitos humanos como práticas de castigos, punições, limitação de alimentos, uso de violência física, privação de sono, uso irregular de contenção mecânica ou químicas, contudo, não têm comprovação da eficiência dessas Comunidades, Terapêuticas³, não podem ser consideradas como unidades de saúde.

2.3. O Assistente Social no CAPS AD.

Com o estabelecimento das diretrizes da Reforma Psiquiátrica, cujo principal fundamento é a desinstitucionalização, sendo os CAPS destacados como unidades especializadas em saúde mental e reinserção social.

Os Centros de Atenção Psicossocial que compõem a rede de atendimentos substitutivos à hospitalização, através de equipes multidisciplinar, composta por médicos, psicólogos, assistente sociais, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas entre outros, que atuam sobre a perspectiva do acolhimento, atendimento individual ou em grupo, trabalho com a família, medicação de acordo com Projeto Terapêutico Singular do usuário. Em específico o CAPS AD de acordo com a Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002 (Brasil, 2002) é um equipamento que tem o dever de atender pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência das substâncias psicoativas promovendo atenção integral através de espaços de acolhimento e de convivência por meio de oficinas terapêuticas, assembleias, grupos de apoio, na geração de renda e outras estratégias de inclusão social, atuando na prevenção e manutenção voltadas para o uso abusivo de álcool e outras drogas promovendo e proteger a saúde de forma integral.

O trabalho na saúde mental é operacionalizado através de uma equipe interdisciplinar que tem o objetivo de revisão de paradigma que reduzia a loucura como objetivo de um saber exclusivamente médico e na superação das formas assistenciais segregadoras, reconhecendo a complexidade dos fenômenos, de modo reconhece a necessidade de olhares diferenciados para um mesmo objetivo.

A atuação do Serviço Social na saúde mental se iniciou em 2001 com a elaboração dos CAPS, que foram criados a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil com a lei 10.216/2001. O assistente social integra a equipe profissional através do processo de interdisciplinaridade, onde o diálogo entre os profissionais é indispensável e reuniões para a manifestação das contribuições de cada perspectiva de profissional buscando ações que contribuam para a implementação e fortalecimento do Projeto Terapêutico Singular.

A defesa da interdisciplinaridade e a exigência das equipes multiprofissionais nas políticas públicas transformam-se em estratégias de superação do modelo manicomial. posto que a exclusividade da narrativa biomédica sobre a loucura e a noção de doença mental, enquanto categoria tão somente médico-científica. foram problematizadas. (VASCONCELOS, 2010, p.4)

O assistente social compõe a equipe profissional, reconhecendo os indivíduos na sua integralidade, intencionando o resgate dos vínculos territoriais. Lei de Regulamentação da profissão de Serviço Social - n.º 8.662, de 7 de junho de 1993, art 4ª, número V e XI - Uma das competências do assistente social é: orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso desses no atendimento e na defesa de seus direitos, além de realizar estudos socioeconômicos com os usuários, para fins de benefícios e de serviços sociais, junto a órgãos da administração pública direta e indireta, a empresas privadas e outras entidades. (BRASIL,1993).

Portanto, o Assistente social, é qualificado para reconhecer os determinantes sociais (realidade social, econômica e familiar) relacionados ao uso de drogas. A concepção de saúde fundamentada nos determinantes sociais e econômicos, possibilita aos assistentes sociais um espaço para sua intervenção profissional.

O modelo de atenção à saúde, construído pelo movimento sanitário, especialmente na década de 1980, pautado na concepção ampliada de saúde e postulando o paradigma da determinação social como estruturantes do processo de saúde- doença, constituiu- se num terreno extremamente fértil para o Serviço Social. (MIOTO, NOGUEIRA, 2009, p.221-222)

O assistente social é um importante profissional dentro dos equipamentos de saúde mental uma vez que, é direcionada para construir ações que possibilitem os direitos dos usuários e a reinserção social com foco nas expressões da questão social levando em consideração o PTS). Como por exemplo: integralidade das redes intersetoriais com encaminhamentos, visando a melhoria dos resultados e a qualidade dos serviços oferecidos, contribuindo para o processo de desinstitucionalização, potencializando outros aspectos da vida para além da patologia dos usuários, trabalhando com as famílias, com intuito de abordar a forma como os familiares se relaciona com os usuários, pois a família tem um importante papel social e pode contribuir na

prevenção do uso abusivo álcool e outras drogas e no fortalecimento do PTS; trabalhar a territorialidade e entender as dinâmicas sociais com as tradições culturais locais, lideranças comunitárias, equipamentos comunitários, relações de vizinhança para melhor intervir no que está posto no imaginário social sobre a loucura ou transtornos e doenças mentais, construção e direção de oficinas de geração de renda e trabalho, controle social por meio de implementar assembleias com usuários para fomentar a participação na construção do processo de trabalho do equipamento, garantia a acesso de bens e serviços através da socialização de informações e realização de estudos socioeconômicos para fins de benefícios e serviços sociais que tenha direito. No tocante a atuação de assistentes sociais direcionada às demandas dos usuários de álcool e outras drogas em especial a atuação precisa levar em consideração a contribuição no processo de ressignificação da vida dos usuários para que as substâncias psicoativas não tenha centralidade através de acolhimento, reinserção social (criação e/ ou recuperação de uma rede de apoio), realizar estudos socioeconômicos para fins de benefícios e serviços sociais que tenha direito, intervir na realidade social para identificar as expressões da questão social para contribuir na mudança da situação social vivida, estabelecer diálogos que levem os usuários a refletir sobre a conjuntura para que entendam que a sua situação tem relação com as dimensões política, econômica e social e que se sintam pertencentes na sociedade.

Assistentes social no CAPS atua na perspectiva de fortalecimento da rede psicossocial, permitindo assim a otimização dos serviços para que os usuários tenha uma assistência integral, levando em consideração através de uma escuta ativa as queixas dos usuários articulando uma rede para a concretização de uma perspectiva de saúde para além de ausência de doenças, atuando na instituição com ações territoriais privilegiando a inserção na sociedade desses indivíduo, Identificando as determinações sociais que estruturam as expressões da questão social na saúde mental, respostas elaboradas e críticas dentro de uma perspectiva de autonomia, garantia de direitos e acesso à informação, acolhimento às famílias (é muito importante participante no cuidado dessas pessoas que são acompanhadas nos serviços de saúde mental com auxílio do poder público, a família também necessita de assistência médica e suporte social), encaminhamento para outras instituições, mapear o território identificando suas vulnerabilidades e potencialidades, articulação com os movimentos sociais e garantia de que suas demandas sejam ouvidas e atendidas como a articulação de assembleias.

O trabalho dos Assistentes Sociais no CAPS AD, tem muitas similaridades com o trabalho dos assistentes sociais no CAPS, entretanto é acrescentado algumas exigências como: Desconstrução sistemática dos preconceitos sobre drogas e cuidado, conhecer e aplicar as

estratégias nacionais utilizadas para os cuidados integrais em saúde mental e de usuários de álcool e outras drogas. A Política de Redução de Danos é um importante norteador da atuação dos Assistentes Sociais na Saúde Mental, para além de uma estratégia técnica é um paradigma ético e político. Importante mencionar que a escuta e o acolhimento são imprescindíveis para a fomentação da estratégia de Redução de Danos e da criação do Projeto terapêutico singular.

Em um processo de escuta devemos considerar que cada pessoa possui uma explicação para seu adoecimento e para sua vida, e cabe ao profissional saber escutar e considerar esses elementos na construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS). A construção de um projeto terapêutico deve ter seu objetivo definido coletivamente assim, elimina-se da ação em saúde para com usuários. É preciso (re) construir com o usuário seu projeto de vida, respeitando os motivos que ocasionaram o seu adoecimento e as correlações que ele estabelece entre o que sente e a vida. Ou seja, perguntar por que ele acredita que adoeceu e como ele se sente quando tem este ou aquele sintoma.

Na construção do PTS, quanto mais o sofrimento for compreendido e correlacionado com a vida, menos chance haverá de se tornar um problema somente do serviço de saúde, porque o usuário poderá perceber que, senão nas causas, pelo menos nos desdobramentos o adoecimento não está isolado da sua vida e, portanto, não pode ser “resolvido”, na maior parte das vezes, por uma conduta mágica e unilateral do serviço de saúde. Será mais fácil, então, evitar a infantilização e a atitude passiva diante do tratamento. (SAÚDE, 2013, p.47).

No espaço sócio-ocupacional da saúde mental, o Serviço Social atua sobre as expressões da questão social, que se manifestam a partir da exclusão da pessoa com transtorno mental do convívio social. Exclusão essa, historicamente construída a partir do estigma de que a pessoa com transtorno mental, não é “normal”, logo possuída por um espírito mal, impura e incapaz de ser social. Alguém indigna para a sociedade burguesa “perfeita”. Tais estigmas, ainda hoje muito reproduzidos, aguçam os fenômenos sociais que atingem a pessoa com transtorno e sua família. A lógica ainda defendida por muitos é de isolamento e não de acolhimento da pessoa com transtorno mental, o que impacta nas condições sociais, econômicas, políticas e culturais, desdobrando na ausência de acesso a bens e serviços, e. Por isso:

Nas equipes de saúde mental, o assistente social deve contribuir para que a Reforma Psiquiátrica alcance seu projeto ético-político. Nessa direção, os profissionais de Serviço Social vão enfatizar as determinações sociais e culturais, preservando sua identidade profissional. Não se trata de negar que as ações do assistente social no trato com os usuários e familiares produzam impactos subjetivos, o que se põe em questão é o fato do assistente social tomar por objeto a subjetividade, o que não significa abster-se do campo da saúde mental, pois cabe ao assistente social diversas ações desafiantes frente às requisições da Reforma Psiquiátrica tanto no trabalho com as famílias, na geração de renda e trabalho, no controle social, na garantia de acesso aos benefícios. (CFESS, 2010, p.41)

Os resultados do trabalho dos assistentes sociais, levando em consideração o acolhimento, vínculo, escuta, território, mobilização social e comunitária, trabalho com a família e implementação da Política de Redução de Danos se expressam da seguinte forma. O Acolhimento possibilita a escuta proporcionando uma concepção de acolhimento que organiza

o trabalho atendendo a todos que procuram o serviço de saúde mental, através da escuta qualificada e análise das demandas e necessidades da população usuária.

Através do processo de acolhimento torna-se possível identificar e compreender as variadas demandas, problemas e necessidades de saúde das pessoas para intervir e dar respostas concretas aos usuários, bem como, para apoiar e acionar os diferentes pontos da rede de serviços de Saúde, das redes sociais e comunitárias, na perspectiva do cuidado integral. (SAÚDE, 2013, p. 49).

A criação de vínculo é uma importante ferramenta de trabalho que facilita a concretização do Projeto Terapêutico. {...} pois facilita a construção da autonomia, a responsabilização e o compartilhamento das ações terapêuticas, com potência para reduzir o sofrimento e melhorar a qualidade de vida das pessoas

{...}”O projeto terapêutico é construído por meio do vínculo, materializado em um plano de ação compartilhado e comporta por um conjunto de intervenções que seguem a intencionalidade do cuidado integral da pessoa. Nesse projeto, tratar das doenças não é menos importante, mas é apenas uma das ações que visam ao cuidado integral. Ele deve ser elaborado com o usuário, a partir de uma primeira análise do profissional sobre as múltiplas dimensões do sujeito. Cabe ressaltar que este é um processo dinâmico, devendo manter sempre no seu horizonte o caráter provisório dessa construção, uma vez que a própria relação entre o profissional e o usuário está em constante transformação. (SAÚDE, 2013, p. 50).

O território interfere na relação com a conformação das particularidades das vivências desses usuários e o impacto no processo de pertença na sua comunidade.

A origem da palavra "território" vem da junção de duas palavras latinas (“terra e torium”) e significa “terra pertencente a alguém”. Pertencente, entretanto, não se vincula necessariamente à propriedade de terra, mas a sua apropriação. Ou seja, apropriação pode ter, além do significado de posse, também um sentido de “pertencimento”. Por pertencimento podemos entender a integração das pessoas a princípios e visões de mundo comuns, que fazem com que estas se reconheçam e se sintam participantes de um mesmo território. (SAÚDE, 2013, p. 71).

A mobilização social e comunitária são os embriões da construção de um novo Modelo Societário. É importante o processo de aproximação e ações conjuntas com a comunidade ao entorno e os movimentos sociais para uma mudança de mentalidade e conduta coletiva, para além do foco nos usuários do CAPS AD ou na família dos usuários.

Estes processos de mobilização e participação social, geralmente geram maior engajamento e comprometimento da população com a busca de soluções, onde o fazer coletivo contribui para efetividade das políticas implementadas, potencializam as mudanças, bem como consolida a cidadania.

Existem muitos meios de mobilização social, dentre elas, temos as marchas e ocupações, por exemplo, que dão visibilidade a situações problemáticas. É importante pensarmos coletivamente, no contexto em que as pessoas estão inseridas, além de pensarmos de modo estratégico, para que nossas ações tenham maior eficácia, e impacto na qualidade de vida, no cuidado e saúde das pessoas. (SAÚDE, 2013, p.98)

O trabalho dos assistentes sociais com a família é imprescindível para o processo de cuidados em saúde mental para os usuários e seus familiares, garantia de direitos, acolhimento, acesso às potencialidades desse vínculo para a construção e fortalecimento do Projeto Terapêutico Familiar e do compartilhamento das responsabilidades decorrentes das várias dimensões da vida desses usuários e reforço da sua autonomia.

A comunicação é imprescindível para a realização do cuidado e cabe à equipe multiprofissional atender o paciente e seu familiar de forma integral levando em consideração o uso deste instrumento ao planejar e desenvolver o cuidado. A convivência com uma pessoa com transtorno mental gera conflitos no ambiente familiar, sentimentos como medo, culpa, impotência, raiva e vergonha estão presentes no cotidiano daqueles que convivem com o sofrimento psíquico, o que acaba por dificultar as relações e, conseqüentemente, o processo de tratamento e reabilitação. (BRASIL, 2018, p. 12).

A família, é um importante elo entre a sociedade e as instituições, têm um importante papel de participar, opinar e cooperar pelo cuidado, sendo imprescindível para a manter os usuários fora da instituição psiquiátrica.

é de fundamental importância a realização do Projeto de Intervenção com o objetivo de integrar a família ao tratamento da pessoa portadora de transtorno mental; bem como oferecer atendimentos individualizados e em grupos, para o usuário e família; promover atividades de capacitação para familiares dos usuários, enfatizando a importância da reinserção familiar e social do usuário; realizar visitas domiciliares para acompanhamento e orientação à família, quanto a importância em saber lidar com o usuário portador de transtorno mental; tudo isso é de extrema relevância para a melhoria do relacionamento familiar para com os usuários, contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida. (BRASIL, 2018, p. 22)

Os desafios colocados são: a associação do uso de substâncias psicoativas a situação de rua, o uso de substâncias psicoativas por mulheres em situação de rua, usuários de substâncias psicoativas em territórios de tráfico ou milícia, a falta de conhecimento das características e demandas desta população em diferentes dispositivos da rede de assistência, saúde no território, são algumas das situações que desafiam a intervenção dos Assistente Social pois com a gravidade das expressões da questão social intensificada, o trabalho depende de uma relação intersetorial bem estabelecida de escuta e trocas de informações, posicionamento político contra a redução de direitos sociais construindo uma perspectiva relevante diante das múltiplas expressões da questão social apresentadas. Contudo, a prática do Assistente Social deve ser pautada no código de ética da profissão paramentado, na garantia de direitos, liberdade, defesa da democracia, equidade e justiça social, empenho na eliminação de todas as formas de preconceito que serão associadas com os objetivos do CAPS AD.

Portanto, a implementação da Política de Redução de Danos garante e amplia direitos dos usuários de álcool e outras drogas reduzindo os efeitos negativos do uso de drogas, sem a necessidade de recorrer a abstinência, levando em consideração a autonomia, acesso à

informação e cuidado em saúde. Esta política tem aspecto técnico, ético e político, está atrelada a consolidação do (SUS), Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica. Garantindo direito à Saúde as pessoas que não querem ou não conseguem deixar de fazer uso de álcool e outras drogas.

A nossa atuação enquanto Assistentes Sociais tem compromisso com os interesses e os direitos da classe trabalhadora, nosso papel dentro da instituição é atuar na perspectiva de garantia de direitos. Nossa atuação não pode ser conduzida por demandas institucionais, imediatistas, não podemos perder de vista que essas correlações de força fazem parte do nosso processo de trabalho e as mesmas devem ser enfrentadas por um processo de mediação e alternativas criativas.

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(às), daremos, no trabalho, respostas melhores. Se efetivamente internalizados 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. (MATOS, 2015, p. 685).

O processo de trabalho na saúde mental se dá através da integralidade das redes intersetoriais com encaminhamentos, visando a melhoria dos resultados e a qualidade dos serviços oferecidos. Contribuindo para o processo de desinstitucionalização, que potencialize outros aspectos da vida para além da patologia dos usuários. Trabalhando com as famílias, com o intuito de questionar a forma como a família olha ou se relaciona com os usuários, pois a família tem um importante papel social e pode contribuir na prevenção do uso abusivo álcool e outras drogas. Penso que as intervenções do serviço social, precedem a pesquisa do e no território, do perfil de usuário e das demandas sociais que dialoguem com o processo terapêutico e de pertencimento social dos usuários.

2.4. Questão social como produtora de subjetividades

O histórico de tratamento das pessoas com doenças mentais antes da reforma psiquiátrica, eram estruturados na segregação e no isolamento. Depois do marco do processo que está em curso da reforma psiquiátrica as pessoas com doenças mentais passaram a ser assistidas a partir de um ideal de autonomia e de participação social. Atualmente muitos estigmas ainda são carregados e enfrentados por esse segmento populacional. As doenças mentais e/ou sofrimento mental ainda é associado ao isolamento, segregação, abandono, entendendo a loucura enquanto perigosa, expondo as pessoa a um lugar de violência associada

à doença mental, onde são colocadas uma relação de desigualdade pautada em preconceitos e que se expressam em desqualificações, repreensões, restrição às possibilidades de participação civil, estes tipo de violência se estende para todas as práticas que cerceiam os passos de autonomia dos usuários e que os mantêm reféns de olhares vigilantes e de práticas tutelares são preconceito arraigado e naturalizado na sociedade no processo de diminuição do sujeito à doença. Essa relação experienciada no processo de relação com a sociedade que carrega valores manicomiais, punitivistas e de tutela. Criando bases para o processo de controle e disciplinadas desses corpos. Legitimando o processo de exclusão social. Impedindo os sujeitos de exercer a sua cidadania valor central da Reforma psiquiátrica.

Os usuários do CAPS AD são atravessados por adoecimentos psíquicos, transtornos mentais que estão associados a diagnóstico clínicos, e são atravessados por sofrimento psíquico, que é um fenômeno produzido socialmente decorrente da conjuntura social, econômica e política. A apreensão no trato com doenças mentais não compete aos Assistentes Sociais. No entanto, as doenças mentais pertencem a pessoas que vivem influenciam e são influenciadas por um coletivo, apesar da dimensão particular da experiência. As relações são produzidas socialmente e têm capacidade de produzir sofrimento e saúde. O processo de subjetivação dos usuários é o resultado de todas as experiências e vivências concretas que estão colocadas na sua existência. Estigmas relacionados a pessoas com adoecimentos mentais, acessos e não acessos a políticas sociais, racismo, machismo, lgbtqia+fobia e pertencimento a determinada classe social produz subjetividade. Esses fenômenos sociais são atribuições e competências que estão colocadas na atuação profissional dos Assistentes Sociais. É essencial entender que a produção de saúde mental passa por entender essas vivências singulares como reflexos da reprodução de estruturas sociais coletivas, compreender como esta dinâmica de produção de sofrimento e cuidados em saúde mental está colocada fica simples fazer a relação que a Saúde mental é um potencial campo de trabalho que está colocado para os assistentes sociais.

O posicionamento da categoria referente ao uso de drogas é de promover o debate sobre a descriminalização e legalização do uso de drogas e a política de redução de danos. Reafirmar o posicionamento contrário à internação e ao abrigo involuntário e compulsório, reforçando a luta dos movimentos sociais em defesa dos direitos humanos potencializando o debate sobre diferentes formas de tratamento involuntário. O 40º Encontro Nacional CFESS/CRESS (Brasília, 2011) “Defender a legalização e regulamentação do plantio, cultivo, produção, comercialização e consumo de drogas, com ênfase na política de redução de danos para a situação de uso prejudicial, submetida ao controle estatal.

No ensino da ética e no acompanhamento dos estágios supervisionados em Serviço

social, nos confrontamos diuturnamente com formas de consciência e comportamentos profundamente marcados pela antologia da vida cotidiana, pelo conservadorismo moral e por várias expressões do irracionalismo. Esses modos de consciência tendem a assimilar acriticamente as expressões da barbárie diária, naturalizando-as, justificando-as a partir da moralidade ou do caráter dos indivíduos sociais, considerados e maneira atomizadas em relação à totalidade unitária do ser social. Essas formas alienadas de consciência entram em confronto aberto com a crítica ontológica do cotidiano, dos valores e da práxis humano-social, fundamentais para o complexo social da ética que supõe tanto a crítica teórica quanto a orientação de finalidades que afirmam a autenticidade humana. (BRITES, 2017, p.211).

Sendo assim, entendemos que a superação da perspectiva médico-psiquiátrica no trato da saúde mental precisa ser esvaziada para dar lugar a uma abordagem sócio comunitária e histórica da saúde mental. O modelo de cuidado em saúde mental está intimamente ligado às tensões e à ordem societária. Reconhece-se que temos um enorme desafio na construção de uma atuação que está na contramão de um modelo de sociedade manicomial, punitivista, proibicionista e neoliberal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O lugar do Serviço Social na saúde mental, em especial na atuação com pessoas em situação de uso prejudicial de álcool e outras drogas, para seu potencial na implementação das bases da Lei Paulo Delgado no processo de desinstitucionalização e desmedicalização. No tocante ao primeiro, a atuação do Serviço Social tem um importante impacto na articulação no território acerca da garantia dos direitos dos usuários e no processo de construção da sua autonomia e pertença. Com relação a desmedicalização, os assistentes sociais, são profissionais imprescindíveis para trazer a luz sobre a centralidade no usuário e não na doença, retirar o poder excessivo do saber médico e por consequência tirar a importância demasiada que é dada aos remédios criando mais espaços para atuação articulada com as expressões da questão social que são determinantes na promoção da saúde mental.

Em relação trabalho dos assistentes sociais no CAPS AD, que materializa o atendimento público em saúde mental para pessoas em condições de uso abusivo de álcool e outras drogas, o assistente social respaldado pela estratégia de redução de danos desenvolve atividades que vincula o uso das drogas a saúde pública buscando reduzir as consequências adversas do ponto de vista da saúde e dos interesses, funcionalidades da vida dos usuários e dos aspectos sociais e econômicos.

O lugar do Serviço Social na saúde mental é na implementação e fortalecimento do cuidado integral em saúde mental no campo psicossocial contribuindo com o processo de construção e o fortalecimento dos princípios e diretrizes da Reforma Sanitária, Reforma Psiquiátrica, consolidação do SUS, Política de Redução de Danos, políticas que tem princípios e diretrizes que são compatíveis com o código de ética profissional. Incorporando uma atuação que seja direcionada à proteção dos direitos das pessoas com doenças mentais, para a garantia da promoção de saúde mental, prevenção, tratamento e reinserção.

Os resultados encontrados são significativos para mencionar o impacto da entrada no campo sócio-ocupacional da saúde mental pelos assistentes sociais, a importância do seu fazer profissional em um campo que está passando por processos de implementação do entendimento das dimensões multifacetadas do fomento da saúde mental e levantar uma pauta que é um campo fértil para pesquisas acadêmicas.

Portanto, se expressa a relevância de fomentar a discussão acerca do Serviço Social na saúde mental à luz do código de ética profissional, a fim de pensar na forma como são colocadas as expressões da questão social dentro da saúde mental, para promover a afirmação da importância não só da entrada, mas da construção de uma atuação profissional consonante com

os princípios e diretrizes da profissão para potencializar lutas históricas da afirmação de uma saúde mental pública e de qualidade.

REFERÊNCIAS

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. Revista e atualizada. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 15 de março de 2022.

BRASIL. **Lei nº 10.216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm#:~:text=L10216&text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,modelo%20assistencial%20em%20sa%C3%BAde%20mental.>. Acesso em: 15 de março de 2022.

BRASIL. **Lei nº 11.343**, de 23 de agosto 2006. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm> Acesso em: Acesso em: 31 maio de 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.662**, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Diário Oficial, Brasília, 1993. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/legislacao_lei_8662.pdf. Acesso em: 23 junho de 2022.

BRASIL, unasus. A importância da família no tratamento da pessoa portadora de transtorno mental usuária do centro de atenção psicossocial- Caps. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/14738/1/09%20ANGELA.pdf>>. Acesso em: 12 de julho de 2022.

BRASIL. **Portaria nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html> Acessos em: 15 de março de 2022.

BRASIL. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 15 de março de 2022.

BRASIL. **Portaria nº 2.840**, de 29 de dezembro de 2014. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2840_29_12_2014.html> . Acesso em: 15 de março de 2022.

BRASIL. **Portaria nº 148**, de 31 de janeiro de 2012. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html>. Acesso em: 15 de março de 2022.

BRASIL. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 15 de março de 2022.

BRASIL. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em 15 de março de 2022.

BRASIL. **Portaria nº 2.840**, de 29 de dezembro de 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2840_29_12_2014.html>. Acesso em: 31 maio de 2021.

BRASIL. **Portaria nº 148**, de 31 de janeiro de 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html>. Acesso em: 31 maio de 2022.

BRASIL. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 31 maio de 2022.

BRASIL. **Portaria nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em: 31 maio de 2022.

BRASIL. **Lei nº 11.343**, de 23 de agosto 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm>. Acesso em: 31 maio de 2022.

BRASIL. Decreto de lei nº 891, de 25 de novembro de 1938. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/del0891.htm#:~:text=S%C3%A3o%20consideradas%20entorpecentes%2C%20para%20os,morfina%2C%20seus%20sais%20e%20prepara%C3%A7%C3%B5es.>>. Acesso em: 31 de maio de 2022.

BRASIL. Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6368.htm>. Acesso em: 31 de maio de 2022.

BRASIL. Decreto nº 2.632, de 19 de junho de 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d2632.htm>. Acesso em: 31 de maio de 2022.

BRASIL. Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4345.htm#:~:text=Institui%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20Antidrogas%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs.&text=Considerando%20a%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20Conjunta%20dos,A rt.>>. Acesso em: 31 de maio de 2022.

BRASIL. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm>. Acesso em: 31 de maio de 2022.

BRASIL. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm>. Acesso em: 31 de maio de 2022.

BOSCHETTI I. A Seguridade Social pública ainda é possível! **Revista Inscrita**, n. 10, Brasília: CFESS, 2007.

BRITES CM. **Psicoativos (drogas) e Serviço Social: uma crítica ao proibicionismo**. São Paulo: Cortez, 2017.

CFESS. Código de Ética do/a Assistente Social e a Lei de Regulamentação da Profissão. 10. ed. Brasília: CFESS, 2012.

CFESS. Resolução CFESS N.º 383/99. Brasília, 1999. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf>. Acesso em: 18 de junho de 2022.

CFESS. Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf>. Acesso em: 18 de junho de 2022.

CFESS. Manifesta, gestão tempo de luta e resistência (2011 á 2014), Brasília 2014. Disponível em: Acesso em: 11 de julho de 2019.

CFESS. Resolução 533/2008. Regulamenta a supervisão direta de estágio no Serviço Social, 2008.

Constituição Federal de 1988. Título VII Da Ordem Social. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/pdf/legislacao_constituicao_federal.pdf>. Acesso em : 24 de junho de 2022.

BRASIL. Decreto [nº 9.761, de 11 de abril de 2019](#). Presidência da República, 2019. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm> Acesso em: 15 de março de 2022.

EN CENA. A política de Redução de Danos no Brasil e os direitos fundamentais do homem. Disponível em: <<https://encenasaudemental.com/comportamento/entrevista/a-politica-de-reducao-de-danos-no-brasil-e-os-direitos-fundamentais-do-homem/>> Acesso em: Acesso em: 31 maio de 2022.

ITTC, ITTC EXPLICA: O QUE SÃO COMUNIDADES TERAPÊUTICAS?. Disponível em: <<http://ittc.org.br/o-que-sao-comunidades-terapeuticas/>>. Acesso em: 16 junho de 2022.

IAMAMOTO MV, CARVALHO R. Relações Sociais e Serviço Social no Brasil; esboço de uma interpretação histórica- metodológica. 19 ed, São Paulo: Cortez, 2006.

BRASIL. Lei nº 6.368, de 21 de outubro 1976. Presidência da República, 1976. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6368.htm> Acesso em: 15 de março de 2022.

MANIFESTO DE BAURU (1987). II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental. Disponível em: <[file:///C:/Users/Laryssa/Downloads/admin-29774-91254-1-sm%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Laryssa/Downloads/admin-29774-91254-1-sm%20(1).pdf)> Acesso em: Acesso em: 31 maio de 2022.

MIOTO RCT, NOGUEIRA VMR. Serviço Social e Saúde: desafios intelectuais e operativos. SER Social, Brasília, v. 11, n. 25, 2009.

SAÚDE. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf> Acesso em: 31 maio de 2022.

³ Relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas 2017, Brasília 2018. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>> Acesso em: 16 de junho de 2022.

SAÚDE. Caminhos do cuidado: Caderno do aluno. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

SAÚDE. Resolução nº 218, de 06 de março de 1997. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1997/res0218_06_03_1997.html>. Acesso em: 18 de junho de 2022.

VASCONCELLOS VC. Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um Caps. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, 2010.