



**Universidade de Brasília – UnB
Instituto de Ciências Humanas – IH
Departamento de Serviço Social – SER
Trabalho de Conclusão de Curso**

LARA LISBOA FARIAS

**CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E O CONTEXTO DAS
COMUNIDADES TERAPÊUTICAS:**

Desafios profissionais do Assistente Social

Brasília DF

2º/2017

LARA LISBOA FARIAS

**Centro de Atenção Psicossocial e o contexto das Comunidades
Terapêuticas:**

Desafios profissionais do Assistente Social

Monografia apresentada ao departamento
de Serviço Social da Universidade de
Brasília como requisito para a obtenção do
grau de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a Dra^a Karen Santana de
Almeida Vieira.

Brasília DF

2º/2017

*Se você tem conhecimento, deixe os outros
acenderem as suas velas nele.*

Margaret Fuller

Agradecimentos

Por meio desta monografia se encerra mais um ciclo em minha vida. Para que esse trabalho esteja hoje desenvolvido, muitas pessoas foram importantes nesse processo. A troca de saberes, acadêmicos ou de vida, o apoio moral, espiritual, o amor e amizades me impulsionaram até aqui.

Agradeço à família maravilhosa e grande a qual eu tenho a sorte de pertencer. A todos os tios, tias, primos e primas. Aqui, devo destacar o trabalho dos meus pais em minha educação, Zenaide e Barnabé, sempre acreditando no meu esforço e dedicação. Ao meu irmão, Fábio, por também acreditar no meu potencial e sempre me incentivar a ir mais além. Aos meus queridos padrinhos, Erasmo e Hosana, por todo o apoio moral, afetuoso e financeiro, essenciais para o meu crescimento pessoal e profissional.

Ao meu grande amor e companheiro, Wallace, com o qual compartilhei angústias e alegrias nesse processo. Por toda a sua paciência e amor para comigo. Por todo incentivo e confiança despendida sobre mim. É lindo poder crescer junto com você!

Aos meus amigos, Danilo e Alex, pelas trocas de angústias sobre monografia, concursos e graduação. As poucas horas descontraídas do jantar no RU com vocês me renovavam as forças a cada dia.

Agradeço à querida Irene, que me supervisionou e me acolheu tão bem em meu estágio no CAPSad. Você me inspirou a temática e me inspira enquanto profissional e pessoa. Aqui, também não posso deixar de agradecer à minha querida amiga, Enaile, que fez parte desse ciclo, onde compartilhamos várias experiências e saberes.

Especialmente, agradeço à professora Karen, por toda a sua dedicação, empenho, disponibilidade e incentivo na orientação desta monografia, e principalmente, por tornar esse processo leve e agradável.

Por fim, agradeço a Deus, por ter colocado essas pessoas em minha vida, que me possibilitaram escrever este trabalho.

A vocês, muito obrigada!

Resumo

Esta monografia discute os desafios da atuação profissional do Assistente Social que trabalha no Centro de Atenção Psicossocial especializado em álcool e outras drogas (CAPS ad), levando-se em conta o contexto de regulamentação de Comunidades Terapêuticas (CTs) no âmbito do Distrito Federal. Para tanto, foi feito um estudo teórico e bibliográfico de forma ampliada, ou seja, sobre a história da proteção social direcionada à saúde mental até os dias atuais, bem como de forma mais estrutural, analisando a influência do neoconservadorismo em curso. Utilizou-se também enquanto ferramenta de pesquisa, os dados do Instituto de Pesquisa Aplicada (IPEA) referente a este ano, que discute a perspectiva, bem como os serviços ofertados pelas CTs e que influenciam diretamente no trabalho do Assistente Social. Além disso, foram realizadas quatro entrevistas com Assistentes Sociais que trabalham em CAPSad no Distrito Federal, a fim de analisar as suas próprias percepções sobre os desafios que são apresentados, bem como as estratégias possíveis para se garantir direitos diante de um contexto em que há a sobreposição de CTs, em detrimento aos CAPSad. Dentre os resultados, verificou-se que a lógica de atenção das CTs muito se assemelha à perspectiva manicomial / asilar antiga, inviabilizando o acesso dos usuários a direitos. Entretanto, revelou-se que a atuação do Assistente Social nesse contexto é pautada pelo projeto ético-político da profissão, ou seja, pela primazia da cidadania, autonomia e justiça social.

Palavras-chave: Serviço Social; Comunidades Terapêuticas; CAPSad; Conservadorismo; Institucionalização.

Abstract

This paper discusses the challenges of social worker performance who works in Psychosocial Care Center alcohol-specialized (CAPSad), considering the Therapeutic Communities (TC) regulating context in Federal District. For this purpose, it was done a broadly theoretical and bibliographical study about the social protection history towards mental health to nowadays, as well as analyzing the influence of conservatism ongoing. Also used as a research tool was the this year data from the Applied Research Institute (IPEA), which discusses the perspective, as well as the services offered by TCs which directly influence the work of the Social Worker. Furthermore, four interviews with social workers, which work in Federal District, were done to analyze their perspectives of the challenges that emerge and the possible strategies to assure the rights in the context where the TCs are overlaid to the detriment of CAPSad. Within the results, the ancient manicomial logic remains, restraining the access of the users to the rights. Among the results, it was verified that the TCs attention logic resembles the old manicomial/asylum perspective, making the users' access to rights unfeasible. However, it was revealed that Social Worker role in this context is guided by the ethical-political project of the profession, which is autonomy and social justice.

Key Words: Social Service; Therapeutic Communities; CAPSad; Conservatism; Institutionalization.

LISTA DE SIGLAS/ ABREVIACOES

BF	Bolsa Família
BPC	Benefcio de Prestao Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD Drogas	Centro de Atenção Psicossocial Especializado em álcool e Outras Drogas
CEP	Comit de tica em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CICAD	Comissão Interamericana do Controle de Abuso de Drogas
CODEPLAN	Companhia de Planejamento
CONAD	Conselho Nacional sobre Drogas
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CT	Comunidade Terapêutica
DENARC	Departamento Estadual de Prevenção e Repressão ao Narcotráfico
DF	Distrito Federal
DISAM	Diretório de Saúde Mental
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econmica Aplicada
LGBTTT Transgneros	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgneros
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NOB/SUAS Social	Norma Operacional Básica do Sistema nico de Assistência Social

OEA	Organização dos Estados Americanos
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAD	Política Nacional sobre Drogas
SAIS	Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde
SENAD	Secretaria Nacional sobre Drogas
SISNAD	Sistema Nacional sobre Drogas
SPAS	Substância Psicoativa
SUS	Sistema Único de Saúde
UA	Unidade de Acolhimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
CAPÍTULO I	16
Saúde Mental, Institucionalização e Atual Conjuntura: Reflexões Conceituais e Críticas	
1.0. A institucionalização da loucura: um breve histórico sobre a lógica manicomial	17
1.1. A Política Sobre Drogas do Brasil: perspectivas e legislações	19
1.2. Neoconservadorismo, moralização e a lógica de atenção da dependência química atual	21
CAPÍTULO II	25
A (Des) Atualização da lógica de Atenção Direcionada à Dependência Química	25
2.0. Progressão das Comunidades Terapêuticas no Brasil	28
2.1. A lógica de atenção ao álcool e outras drogas das Comunidades Terapêuticas e um resgate ao conservadorismo	31
2.2. O que o Serviço Social tem a ver com o resgate ao conservadorismo nesses setores ?	33
CAPÍTULO III	36
Serviço Social e Comunidades Terapêuticas: reflexão crítica dos limites e das possibilidades da garantia de direitos	36
3.1. Procedimentos Metodológicos	38
3.2. Apresentação e Análise dos Resultados	39
3.3. Balanço Analítico das Entrevistas com as Assistentes Sociais	48
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
ANEXOS	58

INTRODUÇÃO

O objetivo do presente estudo é analisar a atuação profissional do assistente social que trabalha nos Centros de Atenção Psicossocial especializado em álcool e outras drogas (CAPS ad) do Distrito Federal, na perspectiva da garantia de direitos, a partir do contexto de escassez de políticas públicas voltadas para a área de saúde mental e de regulamentação das Comunidades Terapêuticas.

Analisando o processo sócio histórico da atenção à saúde mental, é possível dizer que desde os seus primórdios, no começo do século XIX, foi direcionada pela segregação e formas violentas tidas como tratamento à luz da época. Assim sendo, a institucionalização foi utilizada enquanto forma de “solucionar” o problema, em que os loucos eram vistos enquanto desajustados. Unindo assim o útil ao agradável, foram instaladas as grandes estruturas asilares ainda no começo daquele século, em que harmonicamente supria as exigências da ordem social que pedia proteção contra a desordem dos loucos (FOUCAULT, 1979), isolando essa parcela da população.

No Brasil, a situação não é destoante dessa estrutura, fazendo parte de sua história a existência de vários hospícios destinados ao tratamento de alienados, estrutura essa que vigorou por mais de 150 anos (AMARANTE, 2008). Assim sendo, a pessoa com transtorno mental não é compreendida enquanto sujeito de direitos, dona de si ou capaz de tomar as decisões da sua vida, sendo desde o passado privada de autonomia, liberdade e de relações sociais, mantida à margem da sociedade na lógica do enclausuramento.

O tratamento em saúde mental (que atualmente envolve a dependência química), passou por uma reestruturação desde o seu modelo antigo, característico dos modelos manicomial até a Reforma Psiquiátrica.

Com base nesse movimento, surgem propostas de reestruturação e de reorientação da saúde mental dentro de congressos e conferências a respeito (BRASIL, 2005), a exemplo das Conferências Nacionais de Saúde e o I Congresso do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (1979), que segundo Amarante (2008), introduziu o lema “Por uma sociedade sem manicômios”.

É nesse contexto de transformações que surge no ano de 1987, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial - CAPS do Brasil, em São Paulo. Os CAPS surgem como forma

substitutiva ao hospital psiquiátrico, enquanto um modelo de atenção que visa resgatar a autonomia, a cidadania e a reinserção social dos usuários, proporcionando um tratamento de forma ampliada, por meio de um quadro de profissionais especializados em diversas áreas da saúde e que rompe com a lógica de internação prolongada, trazendo uma ótica mais humanizada na atenção à saúde mental.

Posteriormente, a reestruturação da política de saúde mental foi embasada por legislações que normatizaram e afirmam seu caráter de direito, acima de tudo, humano. A primeira dessas legislações é de autoria do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que de acordo com a Lei 10216, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, (BRASIL, 2001), além disso, prevê a possibilidade de punição para a internação involuntária.

A Reforma Psiquiátrica, dessa forma, chamou o campo da saúde mental a refazer-se por inteiro, ampliando o seu foco de abordagem e procurando romper com as delimitações dos saberes tradicionais na área (VASCONCELOS, 2002).

Entretanto, mesmo nesse contexto revolucionário, não se deixou de lado a parceria entre Estado e sociedade civil na atenção à saúde mental. As Comunidades Terapêuticas (CTs) constituídas bem antes da Reforma, se mostram aqui enquanto principal mecanismo utilizado pelo Estado e pela população para o cuidado aos usuários com transtornos mentais, especialmente aqui derivados do uso de Substâncias Psicoativas (SPAs).

Dessa forma, o Estado passa a sua responsabilidade juntamente com financiamento a essas instituições, precarizando o atendimento ao usuário e não acolhendo o interesse público mas de certas categorias da sociedade, já que a grande maioria é de cunho religioso específico, que rompe com a lógica da *laicidade* do Estado. Diante disso, direitos conquistados por meio das legislações vêm sendo violados pelo Terceiro Setor¹.

Uma pesquisa do IPEA de 2017, que será mais detalhada no decorrer deste trabalho, revela a sobreposição de CTs em detrimento dos CAPS e juntamente com esse fato, mostra a perspectiva destoante entre as duas instituições, em que a última busca romper com a lógica manicomial, higienista e *institucionalizadora* e a primeira traz consigo traços e objetivos marcantes de conservadorismo aliado a uma perspectiva moralizante e incapaz de

¹ Trata-se de pessoas jurídicas, de direito privado, sem fins lucrativos, voltadas à prestação de serviços sociais (SILVA, 2010). Ver mais em: A Gestão da Seguridade Social Brasileira. Entre a Política Pública e o Mercado. Ademir Alves da Silva.

universalizar o acesso². Dessa forma, de acordo com Iamamoto (2009), essas iniciativas potencializam tradicionais marcas da assistência social no Brasil: clientelismo, fragmentação institucional, ausência de mecanismos de participação e controle popular³, opacidade entre o público e o privado, entre outros.

Desse modo, apesar de termos passado por uma Reforma Psiquiátrica, atualmente se faz presente um resgate a perspectivas preconceituosas, conservadoras e violentas, principalmente quando se diz respeito a usuários de substâncias psicoativas - SPAs e com a dependência química. Esse fato é extremamente comprovado por meio dos últimos acontecimentos em São Paulo na Cracolândia⁴, quando o prefeito João Dória, ordena ações policiais no local permeada por violência e destruição de moradias, visando a desocupação daquela área. Além disso, se fala em internação compulsória para todos ali presentes, demonstrando uma ignorância tremenda e desrespeito com relação à Lei de Saúde Mental⁵. Essas atitudes apontam ao fato de que a questão social⁶ em foco é encarada novamente enquanto questão de polícia, numa lógica higienista, ineficiente e encarceradora.⁷

Assim sendo, a oferta de serviços e dispositivos residenciais públicos em um contexto de crise social e das políticas estatais constitui um desafio histórico que merece atenção (VASCONCELOS, 2002), levando-se em consideração a conjuntura de desresponsabilização

² É importante enfatizar que dentro dos princípios e diretrizes previstos na Lei Orgânica da Saúde estabelece que as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda o princípio da universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência. (BRASIL, Lei 8080/90).

³ Sobre participação popular e controle social ver: SILVA, F.; JACCOUD, L.; BEGHIN, N. (2005)

⁴ Vale enfatizar que o termo “Cracolândia” diz respeito a área delimitada entre as avenidas Duque de Caxias, Rio Branco, Ipiranga e Cásper Líbero (FASSON; PUCCINELLI, 2010). Importante dizer que o termo é utilizado popularmente e estigmatiza a população, de forma que reduz o uso à droga, ignorando as contradições sociais existentes.

⁵ Lei 10216. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental e especifica os tipos de internação existentes.

⁶ 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[...] 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 & CARVALHO, 1985).

⁷ Trata-se de medidas do então prefeito de São Paulo com discurso higienista e em apoio à especulação imobiliária em que a prefeitura de São Paulo em uma operação com quase mil policiais do DENARC (Departamento Estadual de Prevenção e Repressão ao Narcotráfico) expulsou da Cracolândia seus frequentadores e “moradores”.

Com o discurso de guerra contra o tráfico de drogas a polícia utilizou de bombas de gás e balas de borracha para tirar aquelas pessoas dali de forma violenta e arbitrária. Vale lembrar também que além dos usuários que ocupavam o espaço, também permaneciam ali pessoas em situação de rua, em sua maioria negros e indígenas. (GARCIA, Tatiana. Política higienista de João Dória deixa moradores da Cracolândia dormindo no chão. Reportagem Esquerda Diário, 23 de Maio de 2017).

do Estado perante a questão social posta e regulamentação e financiamento de instituições filantrópicas, tais como as CTs, que fazem um resgate àquelas concepções tradicionais.

Diante do exposto, tendo a saúde mental enquanto campo de atuação, aqui especificamente inserido no CAPS especializado em álcool e outras drogas, grandes são os desafios do profissional na ótica de garantia de direitos dos usuários do serviço, que de diversas formas são violados como se verá mais a frente, além do hiato existente entre o *projeto ético-político da profissão*⁸, como o reconhecimento da liberdade como valor ético central, autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais (CFESS, 1993) e os serviços prestados nas CTs que vão na contramão dessa perspectiva.

A experiência empírica de estágio, dessa pesquisadora, em CAPS ad, possibilitou observar que diante de atendimentos individuais, os relatos dos pacientes quando vêm de comunidades terapêuticas, são de queixas recorrentes sobre a ociosidade do local, muitos reclamam que se “sentem presos”, que é só “comer e dormir” e que a “terapia” do lugar é a limpeza e a prática de cultos.⁹

Outro ponto a se destacar é o quadro de culpabilização do indivíduo que é reforçado dentro dessas comunidades. Ignora-se toda a conjuntura social e histórica pela qual o usuário viveu, resumindo o uso de drogas a vagabundagem e falta de caráter. Tais concepções derivam da enunciação histórica das drogas como um mal, cujo uso é intensamente associado ao desvio e à criminalidade dos consumidores (CARVALHO et.al, 2008).

Desse modo, a partir da escassez de recursos públicos, o que se nota diante do contexto de regulamentação de CTs é a desresponsabilização do Estado perante a questão social (objeto de trabalho do Serviço Social). Assim sendo, essas expressões da questão social afetam diretamente no trabalho do assistente social, de forma que a relação que o profissional estabelece com o objeto de trabalho depende do prévio recorte das políticas definidas pelos organismos empregadores, que estabelecem demandas e prioridades a serem atendidas (IAMAMOTO, 2009). Dessa forma, se faz necessário a partir de um *pensamento materialista histórico dialético*¹⁰, investigar a realidade da instituição de modo que o que nos

⁸ Tem em seu núcleo o reconhecimento da liberdade como valor ético central – a liberdade concebida historicamente , como possibilidade de escolher entre alternativas concretas; daí um compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais. Consequentemente, o projeto profissional vincula-se a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem dominação e/ou exploração de classe, etnia e gênero. (NETTO, 1999, p.104-105).

⁹ As aspas aqui se devem ao fato de serem trechos de relatos reais de usuários ao longo da experiência de estágio.

¹⁰[...] quando se adota o paradigma dialético na pesquisa em Serviço Social, tende-se a enfatizar a mudança, a identificar as contradições que ocorrem nos fenômenos e a utilizar procedimentos de natureza qualitativa [...] as

é revelado aparentemente, segundo Guerra (2009), não coincide com a sua essência, assumindo uma atitude crítica que se pergunte: o que há para além do aparente?

Assim sendo, a realidade institucional que incide direta e indiretamente no trabalho profissional e na vida dos usuários se dá por meio de múltiplas determinações e vale-se conhecer a totalidade da questão social ali presente.

Além disso, é pauta de luta do Serviço Social na Saúde Mental, a contribuição para que a Reforma Psiquiátrica alcance seu projeto ético-político (CFESS, 2010). Dentro das instituições de saúde mental, tem o papel de informar ao usuário os seus direitos enquanto cidadão com relação ao tratamento e também à rede de políticas públicas, que proporcione autonomia para que esse usuário tenha condições de sair da institucionalização e posteriormente das CTs, as quais apresentam limites para que esse trabalho seja efetivado.

Enquanto profissional e trabalhador do Estado e mediante um projeto ético-político da profissão, cabe então ao profissional de Serviço Social o papel de viabilizar o acesso a direitos enquanto profissional do CAPS, buscando reforçar o que foi conquistado na Constituição de 1988 e posteriormente, na Lei Orgânica de Saúde implementado por meio do SUS (Sistema Único de Saúde), a partir de lutas políticas, sendo expresso que “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” (CF, 1988, artigo 196). Entretanto, nota-se que dentro dos CAPS, o trabalho profissional se vê limitado perante à precarização do serviço e também pela regulamentação de CTs. Desse modo, o trabalho profissional é objeto de pesquisa desta monografia e se faz importante para a compreensão dos limites e possibilidades de sua atuação.

Para tanto, o presente estudo foi construído enquanto uma pesquisa qualitativa, entendendo que o objetivo da pesquisa em questão não visa uma representação numérica, mas a compreensão e análise da realidade social, entendendo que pesquisa enquanto processo e a produção científica requerem um olhar sistemático da realidade (SETUBAL, 2013).

Aliado à pesquisa qualitativa, esta monografia tem como fundamento a Teoria Social de Marx¹¹ e assim embasada por meio do método Materialista Histórico Dialético, entendendo-o como o mais adequado para a compreensão da realidade da expressão da questão social em foco enquanto totalidade, por meio de suas múltiplas determinações, partindo do aparente ao concreto pensado.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas com roteiro de perguntas semiestruturadas (disponível em anexo)¹² com um assistente social de cada CAPS ad a seguir: Sobradinho, Samambaia, Guará e Setor Comercial Sul. Todas as entrevistas foram cedidas mediante termo de consentimento livre esclarecido, havendo a opção de interromper a entrevista em qualquer momento, resguardando o sigilo da identidade e garantindo o retorno da pesquisa.

Além da pesquisa de campo, durante todo o processo de investigação foi realizada pesquisa bibliográfica e documental por meio de livros, periódicos científicos, legislações, dados estatísticos e outros documentos (tais como relatórios de instituições e outros).

Nesse sentido, o ciclo de pesquisa não se fecha, pois toda pesquisa produz conhecimento e gera indagações novas (MINAYO, 2010). Assim sendo, espera-se com essa pesquisa compreender o movimento dialético que é político e ideológico que permeiam as instituições CAPS e das Comunidades Terapêuticas e como tal movimento interfere tanto no trabalho profissional do assistente social e conseqüentemente, na vida de usuários do serviço. Esse caráter investigativo faz parte da intervenção profissional, com vistas à transformação social, ou seja, a partir do conhecimento gerado na pesquisa é possível construir caminhos para a mudança, como afirma Minayo (2010): ousar saber para ousar transformar.

A monografia está dividida em três capítulos, cujos dois primeiros são referentes à pesquisa bibliográfica e documental. O capítulo I: Saúde mental, insitucionalização e atual conjuntura: reflexões conceituais e críticas, traz um contexto histórico sobre a proteção social direcionada à loucura e os avanços até os dias atuais. No capítulo II: (Des) Atualização da lógica de atenção direcionada à dependência química, retrata a perspectiva de retrocesso em

¹¹ A respeito disso, Netto (2009, pg. 673) afirma que para Marx, a teoria social é a reprodução ideal do movimento real do objeto pelo sujeito. [...] E esta reprodução (que constitui propriamente o conhecimento teórico) será tanto mais correta e verdadeira quanto mais fiel o sujeito for ao objeto.

¹² A entrevista com perguntas semiestruturadas contribuirão para que a entrevista seja conduzida de forma objetiva ao que se propõe a pesquisa, por meio de perguntas fundamentais à compreensão e à análise das percepções.

que vivemos, analisando os dados do IPEA a respeito das CTs, bem como a influência sobre o exercício profissional. Por fim, no capítulo III: Serviço Social e Comunidades Terapêuticas: Reflexão crítica dos limites e das possibilidades da garantia de direitos, é feita a análise e apresentação dos dados colhidos nas entrevistas realizadas, que enfatizam a atuação pautada pelo projeto ético-político da profissão.

CAPÍTULO I

Saúde Mental, Institucionalização e Atual Conjuntura: Reflexões Conceituais e Críticas

[...] o internamento foi exigido por razões bem diversas da preocupação com a cura. O que o tornou necessário foi um imperativo de trabalho. Nossa filantropia bem que gostaria de reconhecer os signos de uma benevolência para com a doença, lá onde se nota apenas a condenação da ociosidade. (FOUCAULT, 1972 - Pg.64).

Capítulo I : Saúde Mental, Institucionalização e Atual Conjuntura: Reflexões Conceituais e Críticas

1.0. A institucionalização da loucura: um breve histórico sobre a lógica manicomial

O tratamento da saúde mental, aqui entendida enquanto parte da *expressão da questão social*¹³, não está desassociada do *trabalho* enquanto categoria central da sociabilidade humana capitalista. O louco e o *dependente químico*, aqui enfatizado, fazem parte dos chamados desajustados do sistema, pois muitas vezes encontram-se impossibilitados ou prejudicados na ação de trabalhar e, conseqüentemente, produzir. Dessa forma, faz-se necessário responder a essas demandas de modo que o sistema continue em funcionamento.

Debruçando em Foucault (1972) é possível compreender que são dadas formas de reação diante de questões econômicas e sociais, como o desemprego e ociosidade a partir de uma nova sensibilidade à miséria e aos deveres da assistência, bem como a uma nova ética do trabalho por meio de um “sonho de uma cidade onde a obrigação moral se uniria à lei civil, sob formas autoritárias da coação” (pg. 56).

Mesmo antes da sociedade capitalista se desenvolver, o trabalho forçado foi utilizado enquanto mecanismo nas chamadas Workhouses¹⁴ (Casas de trabalho), onde eram mantidos na mesma instituição: loucos, mendigos, órfãos e estrangeiros, acreditando que o trabalho pode tornar úteis esses inúteis para o mundo (CASTELL, 1998).

Assim sendo, a resposta da questão social constituída foi orientada pela exclusão e higienização dessa população, utilizando-se da institucionalização como resposta.

De acordo com Foucault (1979):

Antes do século XIII, a loucura não era sistematicamente internada, e era essencialmente considerada como uma forma de erro ou de ilusão. Ainda no começo da idade clássica, a loucura era vista como pertencendo às quimeras do mundo; podia viver no meio delas e só seria separada no caso de tomar formas extremas ou perigosas. (Microfísica do Poder, 1979, pg. 120).

É somente após ser entendida com relação à conduta, enquanto desordem na maneira de agir, de querer, de sentir paixões, e principalmente de tomar decisões e de ser livre

¹³ Vide nota 6, anteriormente descrita para melhor compreensão dessa questão.

¹⁴ Para saber mais a respeito, ver: CASTELL, Robert. As metamorfoses da questão social. Uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes, 1998.

(FOUCAULT, 1979), que o internamento é visto como necessário. Dessa forma, ainda nos dias atuais e mesmo classificada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma doença que pode gerar diversos agravantes à saúde, a *dependência de substâncias psicoativas* muitas vezes não é compreendida ou tratada enquanto uma questão de saúde pública, mas enquanto questão de polícia e de encarceramento, a partir de julgamentos morais.

Assim sendo, a lógica asilar não representa uma preocupação com a cura, mas está permeada por significações políticas, sociais, religiosas, econômicas e morais (FOUCAULT, 1972). Dessa forma:

Antes de ter o sentido médico que lhe atribuímos, ou que pelo menos gostamos de supor que tem, o internamento foi exigido por razões bem diversas da preocupação com a cura. O que o tornou necessário foi um imperativo de trabalho. Nossa filantropia bem que gostaria de reconhecer os signos de uma benevolência para com a doença, lá onde se nota apenas a condenação da ociosidade. (História da Loucura na idade clássica, FOUCAULT, 1972. Pg.64).

Por ser permeado por essas concepções morais e pelo poder que exercia, *o papel da Igreja em instituições de internamento* teve e tem até nos dias atuais bastante influência, por meio de sua tarefa milenar e dicotômica de caridade, benevolência somadas à punição e à repressão, visando pôr ordem no mundo da miséria e para manter seus privilégios na pirâmide social. A esse respeito, Foucault (1972) também destaca que nessas estruturas asilares:

[...]vêm-se misturar, muitas vezes não sem conflitos, os velhos privilégios da Igreja na assistência aos pobres e nos ritos da hospitalidade, e a preocupação burguesa de pôr em ordem o mundo da miséria; o desejo de ajudar e a necessidade de reprimir; o dever de caridade e a vontade de punir; toda uma prática equívoca cujo sentido é necessário isolar. (pg.53).

Desse modo, historicamente é reforçada a perspectiva de que a saúde mental deve ser pautada de forma higienista, de modo que se enclausura o indivíduo e se esconde aquilo que é visto enquanto um problema, estando ausente a compreensão da saúde mental como expressão da questão social diante da contradição entre capital versus trabalho, onde passa a exigir outros tipos de intervenção, para além da caridade e repressão (IAMAMOTO & CARVALHO, 1985).

Assim, a história do tratamento dos chamados desajustados se vê permeada pela institucionalização, repressão e violência. Não obstante, movimentos e reformas fizeram e fazem parte da reestruturação dessa política, fato que se caracteriza não como algo posto, mas como uma constante luta por direitos sociais e de cidadania (VASCONCELOS, 2002).

No Brasil, o movimento da reforma psiquiátrica se deu apenas a partir de 1970, e a lei que dispõe sobre a proteção de pessoas com transtornos mentais é criada apenas em 2001, tardiamente. O tratamento atualmente, na teoria, visa ser estabelecido de forma mais humana, e um dos pilares da reforma é a *desinstitucionalização do paciente*.¹⁵ Sendo assim, o *movimento de reforma psiquiátrica brasileira* busca a desconstrução da realidade manicomial e a construção de novas realidades, segundo novas bases políticas e sociais, operando transformações de uma cultura sustentada pela violência, discriminação e aprisionamento da loucura (AMORIM; DIMENSTEIN, 2009).

Dessa forma, se coloca o tema da cidadania no centro do debate sobre a violência asilar e sua superação (DELGADO, 1992). Nesse sentido, a Reforma Psiquiátrica constituiu mudanças importantes de práticas, saberes, valores culturais e sociais nas instituições de saúde mental, que compreendeu um movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, formado por trabalhadores do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas.

Atualmente, após compreendermos aqui especificamente a dependência química enquanto expressão da questão social, parte-se do pressuposto de que a lógica de atenção transformou-se de acordo com o passar dos anos e das lutas traçadas nesse contexto. Entretanto, vale considerar que o quadro apresentado nos dias atuais nos apontam o contrário, ou seja, para a semelhança da perspectiva asilar.

1.1. A Política Sobre Drogas do Brasil: perspectivas e legislações

No Brasil o uso de drogas foi e ainda é visto como um tabu, de forma em que recaiu sobre seus usuários diversos estigmas e aversão da sociedade. A forma com que o dependente é tratado contribui para essas concepções, por meio de políticas desastrosas como as citadas no início deste capítulo e como se verá no capítulo posterior.

Entretanto, diante de uma conjuntura de demonstrativos periódicos que comprovavam o aumento do uso de SPAs é que se demonstra de modo incisivo a ineficácia da mera abordagem policial e criminalizadora da questão (CARVALHO, 2008), e que se aponta para a necessidade de mudança com relação às políticas da temática, enteando-se que, as abordagens proibicionistas mostram-se pouco pragmáticas, uma vez que não impedem o consumo e

¹⁵ O termo paciente é utilizado aqui, devido ao recorte da dependência química. Dessa forma, muitos usuários do serviço contestam o termo “usuário” devido a sua relação com “usuário de drogas”.

mantêm na marginalidade os usuários, aumentando o risco de doenças e sequelas (Idem, 2008).

É nesse contexto que surgem no país os debates sobre a construção de uma política, com vistas a dar respostas de forma eficaz, que foi criada a Política Nacional sobre Drogas (PNAD), o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad) e a Política de Redução de Danos, apontando supostamente para o tratamento da dependência química enquanto questão de saúde pública.

Dentre outros aspectos, o SISNAD aponta como objetivos e diretrizes:

- contribuir para a inclusão social do cidadão, visando a torná-lo menos vulnerável a assumir comportamentos de risco para o uso indevido de drogas, seu tráfico ilícito e outros comportamentos correlacionados;
- a adoção de conceitos objetivos e de fundamentação científica como forma de orientar as ações dos serviços públicos comunitários e privados e de evitar preconceitos e estigmatização das pessoas e dos serviços que as atendam;
- definição de projeto terapêutico individualizado, orientado para a inclusão social e para a redução de riscos e de danos sociais e à saúde (BRASIL, 2006).

Da mesma maneira, a PNAD foi construída com a perspectiva de garantir o direito de receber tratamento adequado a toda pessoa com problemas decorrentes do uso indevido de drogas (PNAD, 2011). Além disso, reconhece a Redução de Danos enquanto medida de intervenção e não como incentivo ao uso indevido de drogas, pois se trata de uma estratégia de prevenção (Idem, 2011).

Entretanto, dentro do texto da lei e na prática existem contradições, de modo que acima estabelece que as ações devem ter fundamentação científica, prega a autonomia, a reinserção social, a redução de danos, a cidadania como elementos essenciais à reinserção social, mas que por outro lado, reconhece a parceria com instituições do Terceiro Setor, as quais veremos no capítulo II que são contraditórias a essas perspectivas. Desse modo, institui como ferramentas de tratamento, prevenção e reinserção:

Promover e garantir a articulação e integração em rede nacional das intervenções para tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional (Unidade Básica de Saúde, ambulatórios, Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, comunidades terapêuticas, grupos de autoajuda e ajuda mútua, hospitais gerais e psiquiátricos, hospital-dia, serviços de emergências, corpo de bombeiros, clínicas especializadas, casas de apoio e convivência e moradias assistidas) com o Sistema Único de Saúde e Sistema Único de Assistência Social para o usuário e seus familiares, por meio de distribuição descentralizada e fiscalizada de recursos técnicos e financeiros (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, como âmbito de estudo deste trabalho, resta-nos analisar em que medida tais políticas estão sendo implementadas e quais implicações a delegação de

responsabilidade estatal têm para a vida do assistente social e para os usuários. Desde já, parte-se aqui, por meio de análises posteriores, de que uma política com viés público, que se pauta pelo interesse comum, da comunidade, da soberania popular e não da soberania dos que governam (PEREIRA, 2008), não é possível coexistir com medidas moralizadoras, não laicas e que institucionaliza.

1.2. Neoconservadorismo, moralização e a lógica de atenção da dependência química atual

A moralização da drogadição se faz presente em nossa sociedade. Com relação a essa afirmação, hoje ainda mais latente, pode-se trazer o episódio da ação policial, repressiva e violenta retratada na chamada cracolândia em São Paulo, diante do movimento de expulsão de usuários de drogas, pessoas em situação de rua e também moradores próximos da região.

Dessa forma, nota-se que a questão que deveria ser tratada enquanto *saúde pública*, retrocede-se para *questão de polícia*. Nesse contexto, a “saída” encontrada pelo prefeito João Dória foi a iniciativa (mesmo sem meios legais para isso) de querer institucionalizar todas as pessoas ali presentes, por meio de *internação compulsória*¹⁶, que seria dentro do terceiro setor¹⁷. Tudo isso representa uma perspectiva higienista, com vistas a excluir essa parcela da população, que na prática é descartável ao Estado, por não exercer atividade produtiva, ignorando-se toda a questão social existente, e além disso, ignorando-se a sua responsabilidade enquanto Estado de dar respostas por meio de políticas públicas, com base em todo o processo histórico de lutas e conquistas desde 1970 até os dias atuais.

De acordo com os preceitos da Reforma Psiquiátrica, a lógica da *atenção extra-hospitalar* atualmente foi pensada a partir de uma rede constituída por *Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Serviços de Pronto-atendimento, ambulatórios, Centros de atenção psicossocial (CAPS) e Comunidades Terapêuticas (CTs)* (AMORIM; DIMENSTEIN, 2009), além das *Unidades de Acolhimento e leitos em Hospital geral*, tendo a sua responsabilidade compartilhada entre o Estado e o terceiro setor.

É nesse contexto que o centro de atenção psicossocial surge como enfrentamento à lógica brutal de asilamento, ou seja, não de forma complementar mas de forma substitutiva a esse modelo. Ao invés do encarceramento, os serviços prestados no CAPS possuem uma *lógica ambulatorial*, de atendimento diário ou de acolhimento integral com internação

¹⁶ internação compulsória: aquela determinada pela Justiça. Lei 10216/2001.

¹⁷ Vide nota 1

voluntária, de forma a respeitar a autonomia do usuário. Além disso, possui um corpo de funcionários de forma interdisciplinar¹⁸, com acompanhamento de psiquiatras, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e clínicos gerais, de forma a atender melhor o paciente. Além de interdisciplinar, também possui uma lógica intersetorial, que conforma uma rede ampla de proteção social. Dessa forma, promove a inserção social dessas pessoas, de modo que acompanha e apoia também a família, fortalecendo seu vínculo com a mesma e com o seu território, além de promover a autonomia e o protagonismo.

Os CAPS ad são especializados no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas e localizado em um grupo populacional entre 200 e 300 mil habitantes, por isso, é caracterizado como do tipo III. O CAPS ad oferece atenção integral e contínua e possui funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, finais de semana e feriados (BRASIL, 2012).

Entretanto, a luta antimanicomial ainda hoje encontra grandes barreiras e um serviço de saúde mental mais humano com vistas à desinstitucionalização, que garanta a autonomia e a cidadania da população usuária ainda está longe de ser devidamente implementado. Fatores que podem reforçar tal distância é a ainda existência de hospitais psiquiátricos espalhados pelo país e a semelhança de várias Comunidades Terapêuticas à lógica manicomial que muitas vezes reforçam a lógica da repressão, da religiosidade e da institucionalização, impedindo a atenção a partir de uma perspectiva ampliada de saúde como se verá no capítulo seguinte.

Desse modo, vale destacar a semelhança entre a perspectiva de atenção em questão, com a perspectiva do passado, abordadas anteriormente, e retoma-se o que Foucault (1972) destacou a respeito das instituições asilares constituídas no século XIX e abordadas no início deste capítulo:

Singulares instituições, cujos objetivos e estatuto são, frequentemente, de difícil definição. Muitas, como se pôde ver, ainda são mantidas por ordens religiosas; no entanto, entre elas se encontram às vezes espécies de associações leigas que imitam a vida e os costumes das congregações sem delas fazerem parte. Entretanto, em cada uma dessas casas, leva-se uma vida quase de convento, escandida por leituras, ofícios, orações, meditações. (FOUCAULT, 1972 - pg.52).

¹⁸ Interdisciplinaridade: axiomática comum a um grupo de disciplinas conexas, definida no nível hierarquicamente superior, introduzindo a noção de finalidade, tendendo para a criação de campos de saber “autônomo” [...] É entendida aqui como estrutural, havendo reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados. (VASCONCELOS, 2002 – pg.46-47)

Questiona-se, nesse sentido, a perspectiva com que os usuários vêm sendo “tratados”¹⁹ nessas instituições, de modo que cada vez mais as CTs vêm ganhando papel de destaque na rede de atenção à saúde mental, como se verá no capítulo II.

Sobre isso, Iamamoto (2009) analisa que essa condição afeta diretamente no *trabalho do Assistente Social*:

Transfere-se, para distintos segmentos da sociedade civil, significativa parcela da prestação de serviços sociais, afetando diretamente o espaço ocupacional de várias categorias profissionais, entre as quais os assistentes sociais. Esse processo se expressa em uma dupla via, de um lado, na transferência de responsabilidades governamentais para “organizações sociais” e “organizações da sociedade civil de interesse público” e, de outro lado, em uma crescente mercadorização do atendimento às necessidades sociais (IAMAMOTO, 2009).

Além disso, a crítica não é apenas devido à existência dessas instituições, mas ao aumento considerável de CTs em detrimento dos serviços públicos de atenção à saúde mental, o que mostra a desresponsabilização do Estado com relação a questão social e a retomada da concepção de “cuidado” de séculos passados, a partir de uma lógica repressiva e violenta.

Esses parâmetros não devem ser observados sem uma análise de conjuntura, a qual atualmente é marcada por um avanço do neoconservadorismo, que se preocupa com a ordem como resposta aos caos de interesses individuais e, em segundo, na preocupação com uma moralidade inflexível como o cimento social necessário à manutenção da segurança do corpo político (HARVEY, 2008).

As questões em debate são expressões típicas das políticas sociais no capitalismo, agravando-se quando se trata de capitalismo periférico como é o caso do Brasil. Nesse sentido, se faz presente a perspectiva de Estado Mínimo, ou seja, a desresponsabilização do Estado, dita anteriormente, perante as demandas sociais. Dessa forma, como afirma Behring (2008), a descentralização dá uma ênfase ainda maior nas Organizações Não-governamentais, não-lucrativas e no voluntariado, todos situados no campo da sociedade civil, suposto território da virtude, da eficácia e da solidariedade. Para legitimá-las, sucateiam-se os serviços públicos, no intuito de torná-los ineficientes, afim de disseminar o imaginário de que tudo que é público é ruim.

Perante uma sociedade capitalista, e mais expressivamente em momento de crise do capital, é possível perceber que a questão social expressa a banalização do humano, resultante

¹⁹ As aspas aqui são utilizadas em discordância com que exista de fato tratamento nessas instituições, já que não contam com corpo técnico especializado, além de acreditar que não há eficácia com a sua perspectiva de atenção.

de indiferença frente à esfera das necessidades das grandes majorias e dos direitos a elas atinentes (IAMAMOTO,2009b). Nesse sentido há, predominantemente, na esfera das políticas sociais uma perspectiva de desestruturação e sucateamento dos serviços e direitos conquistados, e ainda a desresponsabilização do Estado frente à questão social, de modo que essa última torna-se objeto de ações filantrópicas e de benemerência de programas que acompanham a mais ampla privatização da política social pública, cuja implementação passa a ser delegada a organismos privados da sociedade civil (Idem, 2009b).

Nesse sentido, para as expressões mais radicalizadas de demandas e de insatisfações, restam o isolamento político e a coerção violenta (Behring, 2003). Esse fator foi fortemente evidenciado nesta pesquisa, de forma que atualmente se faz um resgate ao estado policial e ao enclausuramento, ou seja, à lógica de criminalização e moralização da questão das drogas, de modo que as conquistas da Reforma Psiquiátrica permaneceram e outras retrocederam ao papel.

Além disso, a criminalização do dependente químico no país é visivelmente perceptível enquanto uma questão não só econômica como também racial, de modo que:

A literatura sobre políticas abolicionistas e repressivas do consumo de certas substâncias, denominadas “drogas”, apesar de ampla e diversa, guarda certa homogeneidade ao afirmar que a “guerra contra as drogas”, declarada no início do século XX, por influência estadunidense, foi motivada muito mais por fatores raciais, econômicos, políticos e morais do que por argumentos científicos. Tem raízes numa estratégia de gestão dos corpos e controle social, percebida na incriminação da diferença. Guarda estreita relação com a moralidade. (CARVALHO et. al., 2008 – pg. 276)

Esse fato pode ser evidenciado até mesmo por um simples olhar sobre as reportagens dos acontecimentos na cracolândia citado anteriormente, em que veremos majoritariamente corpos negros. Assim, a criminalização e o encarceramento da pobreza são tendências em curso (BEHRING, 2008), tornando mais difícil viabilizar os direitos desses usuários, aos quais historicamente são renegados.

Diante dessas perspectivas e questões, cabe tirar da sombra desdobramentos sérios e duradouros desse processo: o retorno do Estado policial (BEHRING, 2008), e aqui, entendo não só como a criminalização do dependente químico, mas também a sua clausura e institucionalização em ambientes precarizados e que não promovem protagonismo, autonomia e muito menos cidadania, refletidas nas CTs, de modo que o que se tem é uma não-política, inclusive social, com a transferência de ações – focalizadas – para o “Terceiro Setor” (BEHRING, 2003). Questões essas que serão debatidas no capítulo a seguir.

CAPÍTULO II

A (Des) Atualização da lógica de Atenção Direcionada à Dependência Química

Uma vez despido o paciente das superestruturas e das incrustações institucionais, percebe-se que ele é, ainda, o objeto de uma violência que a sociedade exerceu sobre ele e que continua a exercer, na medida em que ele é um homem sem poder social, econômico ou contratual: é uma mera presença negativa, forçada a ser aproblemática e não contraditória com o objetivo de mascarar o caráter contraditório de nossa sociedade. (BASAGLIA, 1985 - pg. 113).

Capítulo II: A (Des) Atualização da lógica de Atenção Direcionada à Dependência Química

Como vimos no capítulo anterior, houve avanços no que diz respeito à legislação sobre a atenção ao álcool e outras drogas em nosso país, construídas a Política Nacional e o Sistema Nacional sobre drogas. Entretanto, com relação aos mecanismos de implementação, ou seja, serviços e instituições para a efetivação dessas legislações, se faz presente o rearranjo da lógica manicomial vista anteriormente, de modo que há a prevalência de Comunidades Terapêuticas enquanto recursos.

As *Comunidades Terapêuticas* surgiram em um contexto anterior à Reforma Psiquiátrica, na década de 50, em que tratava neuroses de guerra em soldados ingleses. A abordagem era centrada em ações educativas, encenações dramáticas e discussões, em um contexto repressivo, com ambientes regradados de convivência em grupo (JONES, 1995 *apud*. DAMAS, 2013)²⁰, acreditando em um *tratamento “terapêutico”*²¹ laborativo. Algumas destas práticas vieram, de fato, a compor o modelo atual de CTs. Não obstante, o modelo adquiriu características próprias, combinando *fundamentos religiosos a práticas originárias do campo médico-psiquiátrico*, com propósito moralizante (IPEA, 2017).

Ao falar sobre CT, podemos situá-la enquanto uma instituição total, conceito que Goffman (1974) aborda como instituições em que a característica do “fechamento” é simbolizada pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico, e que se utilizam do controle de muitas necessidades humanas pela organização burocrática de grupos. Nesse sentido, acaba por violentar a autonomia, bem como a liberdade do sujeito.

O tempo médio de internação em CTs é de aproximadamente 7 meses, permanecendo em confinamento numa perspectiva de vigilância e utilizando da abstinência total. Aos internados que burlam essa regra, são aplicadas punições de expulsão do local. Esses aspectos são totalmente o contrário do que foi preconizado mediante muita luta, ou seja, ao tempo de internação, que no CAPSad são utilizados até 14 dias para desintoxicação no chamado acolhimento integral e à lógica da redução de danos concebida na PNAD, de modo que deve ser realizada de forma articulada inter e intra-setorial, visando à redução dos riscos, das

²⁰ O uso do “*apud*.” nessa referência se dá devido a falta da literatura traduzida.

²¹ Nesse contexto se utilizam as aspas referente à crítica de que no espaço das CTs não se efetiva um tratamento, a partir da falta de corpo técnico especializado.

consequências adversas e dos danos associados ao uso de álcool e outras drogas para a pessoa, a família e a sociedade (BRASIL, 2011).

Partindo de uma abordagem moralizadora e majoritariamente religiosa, como veremos em seguida, é possível entender as CTs como “estufas para mudar pessoas” (GOFFMAN, 1974, pg. 22), sob uma total ausência da perspectiva crítica e totalizante da questão das drogas. Nesse sentido, individualiza-se a questão, que com frequência é associada a desvio de caráter, e assim, se busca moldar o indivíduo utilizando-se da espiritualidade e labourterapia como ferramentas de ação.

Dessa forma, não se leva em conta o contexto social no qual o usuário está inserido, e assim, não se efetiva um tratamento dentro desse contexto. O usuário fica privado de sua liberdade em um ambiente estranho a ele. Assim, vale considerar que, se a estada do internado é muito longa, pode ocorrer, caso ele volte para o mundo exterior, o que já foi denominado “descultramento” – isto é, “destreinamento” – que o torna temporariamente incapaz de enfrentar alguns aspectos de sua vida diária (GOFFMAN, 1974), entendendo que no mundo real há o livre acesso ao consumo de drogas, bem como a exigência do trabalho, por exemplo.

Destarte, é necessário compreender que:

Uma vez despido o paciente das superestruturas e das incrustações institucionais, percebe-se que ele é, ainda, o objeto de uma violência que a sociedade exerceu sobre ele e que continua a exercer, na medida em que ele é um homem sem poder social, econômico ou contratual: é uma mera presença negativa, forçada a ser aproblemática e não contraditória com o objetivo de mascarar o caráter contraditório de nossa sociedade. (BASAGLIA, 1985 - pg. 113).

Dessa forma, partindo-se da afirmação de que essa compreensão não se faz presente nesses espaços e das estatísticas que veremos em seguida, a respeito da prevalência de CTs em detrimento dos CAPSad, é possível questionarmos sobre até que ponto avançamos na atenção às drogas, e se de fato, está sendo implementada a mudança de paradigma de caráter revolucionário.

Essa análise é fundamental para observarmos o resgate ao conservadorismo e a não atualização, na prática, da política. Nesse sentido, Basaglia (1985) ressalta que pode ocorrer que na comunidade terapêutica se reproduzam os esquemas de exclusão social considerados característicos do manicômio, com a presença de setores programaticamente fechados (que,

privando o paciente da liberdade de movimento, retiram-lhe a possibilidade de realizar opções primárias).

Tal privação de liberdade é vista, como veremos no capítulo III, como um dos principais empecilhos para a viabilização de direitos desses usuários, que em confinamento, não são capazes de acessá-los.

Apesar de todas essas questões, o poder do Estado vem priorizando esse modelo de atenção, como veremos em seguida. Dessa forma, apoiando em Behring (2003), é possível dizer que, nessa perspectiva deixam de ser direito social. Daí as tendências de desresponsabilização e desfinanciamento da proteção social pelo Estado.

2.0. Progressão das Comunidades Terapêuticas no Brasil

Perante a conjuntura atual, é possível observar o aumento das instituições não governamentais na atenção à saúde mental e principalmente no que tange o direcionamento da atenção aos usuários de substâncias psicoativas. Diante do relatório de pesquisa²² apresentado pela Secretaria Nacional de Política Antidrogas (Senad) em 2007 fica evidente a progressão das Comunidades Terapêuticas. Nesse período já era discrepante o número de CAPSad diante das CTs existentes no país, como é possível observar no Quadro 1.

A maior quantidade de CTs com relação aos CAPSad também se relaciona à *perspectiva histórica da atenção à saúde mental* abordada no capítulo I, ou seja, ao tardio e recente movimento de reforma psiquiátrica e consequente estabelecimento dos CAPS enquanto modelo de atenção. Em contrapartida, a lógica das CTs foi referência desde os primórdios como alternativa de proteção.

De acordo com a tabela 1 é possível analisar esse aspecto observando-se o ano de criação e início das atividades de organizações governamentais e não governamentais. Das 447 instituições que estão em funcionamento a partir de 2000, 204 (45,6%) são governamentais e 235 (52,6%) são não-governamentais. Já das 432 instituições que foram criadas entre 1990 e 1999, 93 (21,5%) são governamentais e 336 (77,8%) não-governamentais

²² “Mapeamento das Instituições Governamentais e Não-governamentais de Atenção às Questões Relacionadas ao Consumo de Álcool e Outras Drogas no Brasil”. Concebido pela Senad e executado em parceria com a Universidade de Brasília (UnB), contando também com a consultoria técnica do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e com apoio financeiro da Comissão Interamericana do Controle de Abuso de Drogas, da Organização dos Estados Americanos (Cicad/OEA)

(SENAD, 2007). Dessa forma, mesmo havendo um salto na criação de instituições governamentais no início do século, *a progressão não se dá de forma proporcional com relação às instituições não governamentais*, as quais crescem a cada período em maior quantidade.

Quadro 1: Natureza das Instituições de Tratamento Brasileiras

Natureza das instituições de Tratamento brasileiras

Instituições	N	%
Não resposta	28	2,2
Clínica particular	41	3,3
Hospital psiquiátrico	76	6,1
Hospital geral	14	1,1
Hospital-dia	11	0,9
Comunidade terapêutica	483	38,5
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad)	153	12,2
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) / Núcleo de Atenção Psic. (NAPS)	95	7,6
Residência terapêutica	50	4
Grupo de auto-ajuda	124	9,9
Instituição de redução de danos	32	2,5
Outras	256	20,4
Total	1.256	

Fonte: Mapeamento das instituições governamentais e não-governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil. (CENAD, 2007).

Tabela 1: Ano de criação de acordo com a natureza das instituições de tratamento

	Não resposta		Governamental		Não-governamental		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Não resposta	4	3,2	47	37,3	75	59,5	126	100
Menos de 1980	0	0,0	22	19,6	90	80,4	112	100
De 1980 a 1989	2	1,4	23	16,5	114	82,0	139	100
De 1990 a 1999	3	0,7	93	21,5	336	77,8	432	100
2000 e mais	8	1,8	204	45,6	235	52,6	447	100
Total	17	1,4	389	31	850	67,7	1.256	100

Fonte: Mapeamento das instituições governamentais e não-governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil. (SENAD, 2007).

Atualmente, as CTs *são regulamentadas pelo Estado* que legitima a lógica de atenção dessas instituições que veremos em seguida. A primeira resolução reguladora foi feita no ano de 2001 (RDC 101 de 2005) e normatizava minimamente o funcionamento e credenciamento dessas instituições. Em seguida, essa resolução foi revogada, sendo substituída pela Resolução – RDC nº 29, de junho de 2011, a qual dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas (BRASIL, 2011).

Entre outros parâmetros, essa resolução estabelece o plano terapêutico individualizado e institui como sendo o principal instrumento terapêutico a convivência entre pares. Mais recentemente, em 2015, as CTs foram regulamentadas por meio da resolução Nº 1 de Agosto de 2015, por meio do Conselho Nacional de Políticas antidrogas, que ressalta que essas instituições não se caracterizam como de saúde, diferenciando-se dos serviços prestados pelo SUS (CONAD, 2015), além disso, ressalta alguns direitos do usuário em regime de internação, dentre outras necessidades de articulação com a rede mais ampliada.

Desse modo, *não é resguardado o direito previsto na Lei da Reforma Psiquiátrica*, a qual dispõe que o tratamento em regime de internação deve ser estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa com transtorno mental, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros (BRASIL, 2001).

A regulamentação dessas CTs aponta para uma conjuntura de não implementação dos apontamentos da Reforma Psiquiátrica, de forma que a institucionalização de longa duração – até 1 ano – é legitimada, somada a medidas de abstinência total e exclusão social dessa população. O Conselho Federal de Serviço Social posicionou-se contra a regulamentação dessas instituições, apontando como retrocessos à lógica de atenção ao uso abusivo de SPAs:

O CFESS defende que o tratamento de pessoas que consomem drogas de forma abusiva, ou que delas criam dependência, deve ser realizado no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD), dos hospitais gerais e dos consultórios de rua, conforme deliberado e explicitado nos documentos finais da IV Conferência Nacional de Saúde Mental (2010), na XIV Conferência Nacional de Saúde (2011) e, especialmente, na Lei da Reforma Psiquiátrica (CFESS, 2015).

Esses aspectos revelam uma desresponsabilização do Estado frente às demandas dessa população, ignorando direitos conquistados como a saúde sendo um direito de todos e dever do Estado (CF, 1988), devendo assim, o poder público garantir plenamente o acesso a saúde

de toda a população, o que muitas vezes, por questões ideológicas não é garantido em CTs. Assim sendo, no interior dessas instituições não é garantido o tratamento necessário da população usuária, de modo que têm os seus direitos violados de várias formas, não garantindo a reinserção social de forma satisfatória.

2.1. A lógica de atenção ao álcool e outras drogas das Comunidades Terapêuticas e um resgate ao conservadorismo

A inserção de usuários de substâncias psicoativas (SPA) em CTs nos apontam para retrocessos ou ainda se pode dizer inércia, já que a lógica instituída muito se assemelha aos modelos antigos, demonstrando que a Reforma Psiquiátrica ainda não foi de fato implementada e está longe de ser, conforme os dados apresentados ao longo desta monografia e que serão apresentados neste tópico.

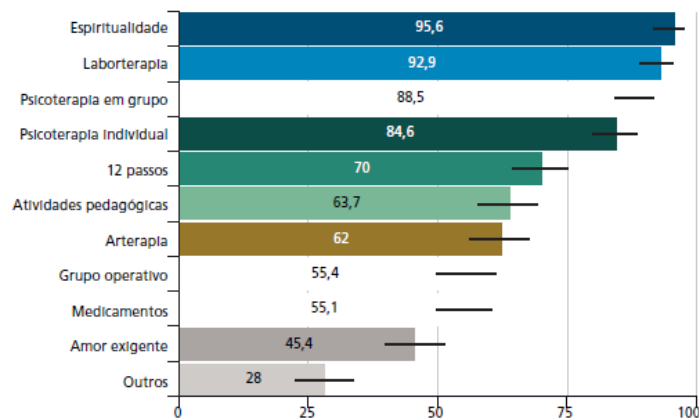
A lógica estabelecida nessas instituições não têm reconhecido o usuário do serviço enquanto sujeito de direitos e muito menos repensado toda uma estrutura social, política e de saúde que envolvem a situação de drogadição e a dependência química, mas é permeada por uma visão moralizante e estereotipada, conduzindo seus cuidados para práticas assistencialistas, focais, religiosas, repressoras e com viés disciplinador. Tais fatores foram observados pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, que pesquisou o Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras, e de acordo com a nota técnica:

O modelo de cuidado proposto pelas CTs ancora-se em três pilares – a saber, trabalho, disciplina e espiritualidade [...]O exercício do trabalho é entendido como terapêutico (laborterapia), consistindo tanto das tarefas de manutenção da própria comunidade, como de atividades produtivas e de geração de renda. Dele espera-se o benefício da aquisição de autodisciplina e autocontrole, disposições entendidas como ausentes entre as pessoas que fazem uso problemático de SPAs, mas necessárias para o seu sucesso na vida social. As práticas espirituais, por sua vez – levadas a efeito com ou sem o apoio de igrejas e organizações religiosas –, buscam promover a fé dos internos em um ser ou instância superior, vista como recurso indispensável, seja para o apaziguamento das dores e sofrimentos dos indivíduos, seja para o seu enquadramento moral (IPEA, 2017- pg.8).

A lógica prevista e tida como terapêutica das CTs, desse modo, não garante direitos, nem um tratamento efetivo para essa população. A causa da dependência química e da condição do usuário é explicada por meio da culpabilização do indivíduo, que assim como nos primórdios do Serviço Social, é visto como desajustado, buscando assim, operar uma reforma moral dos sujeitos, que os conduza a uma reinvenção de si (Ipea, 2017).

Para isso, utilizam-se da exclusão social, por meio de internamentos prolongados, bem como pela interdição sexual e abstinência total, que vai contra a lógica da redução de danos. Assim sendo, ignora-se que o mundo externo da CT, é permeado pela oferta de substâncias, bem como outros agravantes que podem corroborar para a recaída, tais como conflitos familiares, desemprego, miséria, entre outros.

A pesquisa ressalta a seguir os métodos, práticas terapêuticas recursos utilizados pelas CTs no Brasil:



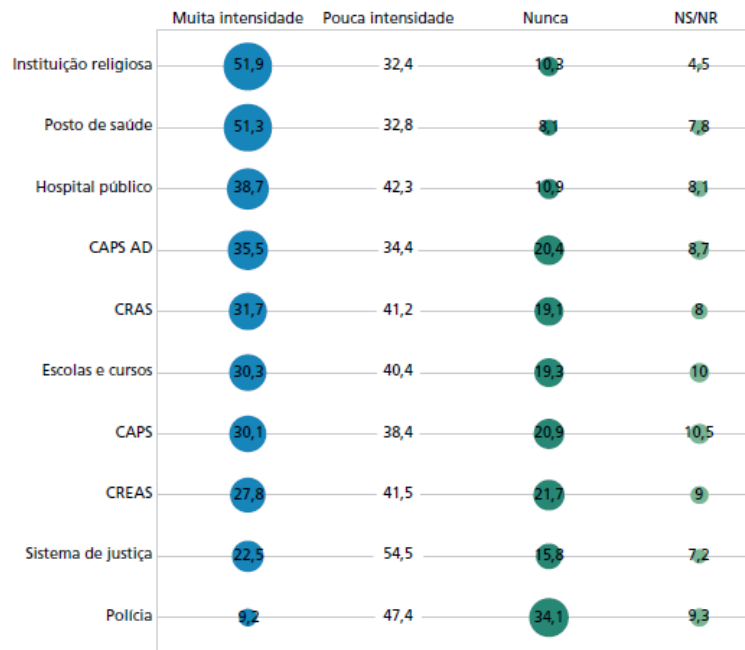
Fonte: Pesquisa *Perfil das comunidades terapêuticas* (Diest/Ipea, 2016).

Como se pode notar, os métodos adotados por essas instituições não se desvinculam das *práticas assistencialistas e conservadoras do passado*. A lógica religiosa e do trabalho enquanto *questão moral* se faz majoritariamente presente, dificultando o entendimento da questão social enquanto totalidade. Além disso, por ser instituição não-governamental não se utiliza da *laicidade* do Estado, ainda que preste serviços de interesse coletivo. Além disso, a lógica dessas instituições fere princípios éticos previstos no SUAS para a oferta da proteção sócio assistencial, tais como:

Defesa incondicional da liberdade, da dignidade da pessoa humana, da privacidade;
 Defesa do protagonismo e da autonomia dos usuários e a recusa de práticas de caráter clientelista, vexatório ou com intuito de benesse ou ajuda;
 Combate às discriminações etárias, étnicas, de gênero, por orientação sexual ou por deficiência, dentre outras. (NOB/SUAS, 2012).

Desse modo, o tratamento da saúde mental preconizados na Reforma Psiquiátrica vai na contramão do que é estabelecido em Comunidades Terapêuticas. Além disso, a pesquisa evidencia a falta de articulação dessas instituições com a rede de atenção governamental, com

mais enfoque nos CAPS, revelando que apenas 35,5% cooperam com esse serviço, como demonstrado no gráfico a seguir:



Fonte: Pesquisa *Perfil das comunidades terapêuticas* (Diest/Ipea, 2016).

Os serviços prestados por essas CTs ainda são característicos pela seleção de usuários que acessam esses serviços. Diante da experiência em estágio e por meio da pesquisa efetuada pela Codeplan (2013) é possível analisar, que o serviço não é acessível a população LGBTT, idosos e mulheres, não havendo assim, uma universalização do acesso²³.

Como no Brasil não existe um serviço de abrigo acessível e efetivo à essa população, as CTs vêm fazendo esse papel de forma precária e insuficiente, discriminando e desprotegendo grandes parcelas da população.

2.2. O que o Serviço Social tem a ver com o resgate ao conservadorismo nesses setores ?

Para esse debate, é necessário que situemos o Serviço Social enquanto profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho e reconhecer o assistente social como

²³ Um dos princípios preconizados na Lei 8080/90 que dispõe sobre as condições dos serviços que integram o Sistema Único de saúde é igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, com vistas a universalização do acesso à saúde, tal como é prevista na Constituição de 1988: 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.

trabalhador assalariado (RAICHELIS, 2011). Nesse sentido, enquanto profissional inserido no CAPS ad, é necessária a compreensão de uma estrutura maior que fundamenta a política de saúde, tais quais estão sendo discutidas ao longo desta monografia. Entendendo essa estrutura e mediante a atuação profissional, é possível observar a contraditoriedade entre os paradigmas atuais do PNAD e SISNAD, bem como da Reforma Psiquiátrica e a real efetivação do Estado, ou seja, de terceirização dos serviços, como visto no tópico anterior.

O conservadorismo imerso nas Comunidades Terapêuticas, bem como a lógica moralizadora, inviabilizam o acesso a direitos dos usuários internados e vão na contramão do que é preconizado no Código de Ética dos Assistentes Sociais, com relação à concepção de cidadania, liberdade, dignidade e autonomia (CFESS, 1993). Diante da atuação em CAPSad e diante do sucateamento do serviço público, em conjunto ao fato de ter as CTs como principais ferramentas, o profissional tende a ficar insatisfeito, pois não pode exercer corretamente sua profissão (GOFFMAN, 2011), já que trata-se de uma dinâmica institucional que desencadeia desgaste e adoecimento físico e mental (RAICHELIS, 2011).

Enquanto um operador de política pública, as características institucionais, e nesse caso, das políticas sociais, influenciam imensamente na prática profissional e, conseqüentemente, na viabilização do acesso a direitos. Nesse sentido, entendemos que:

Essa mercadoria "força de trabalho" só pode entrar em ação se dispuser de meios e instrumentos de trabalho que, não sendo de propriedade do assistente social, devem ser colocados a sua disposição pelos empregadores institucionais: recursos materiais, humanos, financeiros, para o desenvolvimento de programas, projetos, serviços, benefícios e de um conjunto de outras atribuições e competências, de atendimento direto ou em nível de gestão e gerenciamento institucional. (RAICHELIS, 2011).

Destarte, é possível enfatizar que atualmente o assistente social trabalhador do CAPS ad, nessas condições, enfrenta um embate entre a sua ética profissional e o quadro institucional e político colocado. Entretanto, ao contrário do que Basaglia (1985) aponta sobre o papel do assistente social – bem como outros profissionais - em CTs, ou seja, de adaptar os indivíduos à aceitação de sua condição de “objetos de violência”, esse profissional traça uma conduta contrária, de viabilizar outras alternativas e possibilidades para uma emancipação e alcance da autonomia por parte do usuário.

Contudo, levando-se em consideração a conjuntura atual de retrocesso da política de atenção às drogas, e entendendo que influencia diretamente no trabalho do assistente social, é

necessário analisar os desafios apresentados ao profissional para a viabilização de direitos, o que serão apontados no capítulo a seguir.

CAPÍTULO III

Serviço Social e Comunidades Terapêuticas: reflexão crítica dos limites e das possibilidades da garantia de direitos

*“Paciente queixou-se de ter sido obrigado a fazer trabalho: **mandaram ele limpar as fezes de um idoso**, ele se recusou dispondo-se a fazer qualquer outro trabalho; foi lavar a louça e, ao finalizar, na hora do lanche, a puram deixando-o **sem refeição por cerca de 12 horas**, ficou sem se alimentar no dia seguinte e, relatou que não tinha almoço, era obrigado a jejuar; ele comeu uma manga e brigaram com ele” (Prontuário, janeiro de 2014).*

Capítulo III: Serviço Social e Comunidades Terapêuticas: reflexão crítica dos limites e possibilidades da garantia de direitos

Nos capítulos anteriores foi possível identificar as características atuais (ou antigas) da política de drogas do Brasil, que vêm caminhando na direção contrária da perspectiva de direitos pela qual o Serviço Social se estrutura em seu código de ética, vale-se dizer pelos princípios da liberdade como valor ético-central, da autonomia do sujeito e principalmente, do primado pela cidadania (CFESS, 1993), a qual não vem sendo alcançada dentro dos parâmetros discutidos anteriormente.

A defesa da política pública, bem como de serviços públicos os quais o Serviço Social defende, se vê ameaçado pelo conservadorismo/neoliberalismo, que de acordo com Pereira (2008) deveriam contribuir para a efetiva concretização do direito do ser humano à autonomia, à informação, à convivência familiar e comunitária saudável, ao desenvolvimento intelectual, às oportunidades de participação e ao usufruto do progresso, mas como veremos posteriormente, vem se desenvolvendo na contramão dessa perspectiva.

A atual desregulamentação das políticas públicas e dos direitos sociais desloca a atenção para a iniciativa privada ou individual, impulsionada por motivações solidárias e benemerentes e não à responsabilidade pública do Estado (IAMAMOTO, 2009b). Aqui, as Comunidades Terapêuticas executam o que seria de responsabilidade estatal e de interesse público, da forma como foi abordada no capítulo II, dificultando o acesso a direitos e cidadania.

Diante dos estudos e da execução da pesquisa, cujos resultados serão abordados em seguida, é possível destacar a semelhança das Comunidades Terapêuticas com a lógica punitiva dos presídios, por meio de uma perspectiva disciplinar, que busca “moldar” o indivíduo. Sobre isso, Foucault (2001) analisou que o poder disciplinar, tem como função maior “adestrar”; ou sem dúvida adestrar para retirar e se apropriar ainda mais e melhor o indivíduo, de modo que é a técnica específica de um poder que toma os indivíduos ao mesmo tempo como objetos e instrumentos de seu exército. Nesse sentido, essa lógica impõe barreiras na execução do trabalho profissional que busca viabilizar o acesso a direitos que veremos a seguir.

3.1. Procedimentos Metodológicos

As entrevistas realizadas possibilitaram o desenvolvimento de uma análise crítica a respeito da percepção das assistentes sociais que atuam nos CAPS ad sobre seus limites e suas possibilidades para se garantir direitos de usuários internados em CTs. O resultado foi satisfatório no que diz respeito ao objetivo desta monografia.

Inicialmente, estava previsto o desenvolvimento de sete entrevistas, ou seja, um assistente social de cada CAPS ad do Distrito Federal. Entretanto, no decorrer da pesquisa foram encontrados obstáculos para que isso fosse de fato alcançado.

Desse modo, vale ressaltar que no CAPS ad de Santa Maria não havia assistente social em seu quadro naquele momento, o que nos revela uma faceta do projeto de sucateamento dos serviços públicos elucidado no decorrer desta monografia, bem como a falta de reconhecimento da importância do Serviço Social nesses espaços.

Nos CAPS ad de Ceilândia e do Itapoã, não foi possível a realização das entrevistas propostas, em função do não aceite das entrevistadas. Os argumentos se deram na necessidade imposta pelas entrevistadas de submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Contudo, nossa pesquisa não acarretou em nenhum risco aos entrevistados e não submeteu nenhum profissional a situações vexatórias e/ou constrangedoras.

Além disso, também é necessário apontar para o tempo significativo de espera da aprovação pelo CEP para início da pesquisa. Enquanto um trabalho de conclusão de curso que detém prazos para defesa e conclusão, não possuímos tempo hábil como uma dissertação de mestrado ou tese de doutorado, e que também se mostram mais complexos.

Destarte, foram realizadas efetivamente 4 entrevistas semiestruturadas²⁴ nas seguintes localidades: Setor Comercial Sul (CAPS Candango); Samambaia; Sobradinho e Guará.

Para a preservação do anonimato das profissionais, serão mantidos em sigilo os nomes, bem como a localidade em que foi realizada a entrevista. Dessa forma, os trechos das falas serão identificados por: Entrevistada 1; Entrevistada 2; Entrevistada 3 e Entrevistada 4.

Ressalta-se que os trechos estão reproduzidos exatamente da forma como foram falados, não considerando a forma culta da escrita.

²⁴ Disponível nos anexos.

3.2. Apresentação e Análise dos Resultados

O perfil dos usuários dos CAPS em que foram realizados a pesquisa se mostrou de certa forma, hegemônico. Todas as entrevistadas ressaltaram que a grande maioria de seus usuários é masculina e adulta e um aspecto presente nas respostas foi a questão da renda baixa, onde alegaram ser predominante, incluindo população de rua. Entretanto, a entrevistada 1 apontou que a “visão” do CAPS para os usuários se difere conforme a condição socioeconômica:

“Você tem os usuários do CAPS que moram em casa e enxergam o CAPS como um recurso realmente para deixar de usar drogas e tem outro perfil (população de rua) que até tem essa expectativa de deixar de usar substâncias, mas naquele primeiro momento não é a sua prioridade, naquele momento o caps pra essas pessoas é um *local para se criar vínculo*, vai ser uma parte da *rede de proteção* delas, um local para que possa almoçar, jantar, tomar banho, um local que elas sabem que se acontecer alguma coisa lá fora elas vão poder recorrer ao CAPS.” (Entrevistada 1, 2017).

Apesar das semelhanças, é perceptível certas diferenciações do perfil conforme as localidades dos serviços, de modo que no CAPS em que a cidade tem uma melhor infraestrutura e planejamento, foram citados desembargador e professores enquanto usuários, em contraponto com a maior incidência de população de rua com as localidades tidas como mais vulneráveis.

Com relação aos principais serviços e políticas demandados, todas as entrevistadas citaram a Previdência Social e a Assistência Social, mediante demandas de aposentadoria, Benefício de Prestação Continuada, auxílio doença, cestas básicas e benefícios eventuais. Entretanto, novamente as demandas se diferenciaram conforme a localização, sendo o vínculo trabalhista identificado na cidade melhor estruturada, pela maior demanda da Previdência Social, e nas outras localidades, a assistência social, predominantemente.

“Tem desde coisas da própria saúde mesmo, pra atenção básica e muita coisa pra *previdência social* e daí conseqüentemente também pra *assistência social*, porque quando você vai fazer o atendimento acaba descobrindo que as pessoas não estão cobertas pela previdência social, aí você tem que encaminhar pra assistência pra ver se consegue algum benefício eventual.” (Entrevistada 2, 2017).

“Aqui é principalmente INSS, auxílio doença e com relação a assistência, a questão de segunda via de documentação, as vezes orientação quanto a BPC”. (Entrevistada 3, 2017).

Tais aspectos nos apontam para a necessidade da articulação em rede do trabalho profissional, por meio das políticas sociais, de modo que por trás da dependência química ou

do uso abusivo de drogas existem multideterminações como aspectos sociais, culturais e econômicos que devem ser vistos enquanto parte do todo.

Diante das demandas, quando questionadas sobre a viabilização desses direitos, principalmente no que se refere à assistência social, foram citadas dificuldades no acesso:

“Parece que *a pessoa tem que comprovar a situação dela ...* Acho que a pessoa deve chegar no serviço sem encaminhamento nenhum, se não houver necessidade excepcional [...]”

“*Muitas vezes eu não consigo acompanhar*, porque lá no caps tem uma quantidade enorme de *peessoas que estão em CT* e as CTs acabam tendo uma rotatividade muito grande, eu não consigo fazer um retorno dessas pessoas .”(Entrevistada 1, 2017).

“Eu acho que a gente tá num momento muito difícil [...] a gente tá trabalhando com um matriciamento da própria atenção básica, porque as equipes entendem muito que acolher a demanda da saúde mental é encaminhar para a saúde mental, e não é bem assim, *as vezes as coisas podem ser resolvidas no próprio centro de saúde [...] as vezes o usuário não permanece sendo acompanhado aqui no caps*. Então a gente não tem a certeza se ele realmente conseguiu, mas a gente sabe que tá difícil, porque por exemplo, vários dos benefícios da assistência social estão sendo cortados, então meio que tá todo mundo correndo pra pegar o vulnerabilidade pras coisas que são necessárias. (Entrevistada 2, 2017).

“*Muitas dificuldades com relação à assistência*, porque com essa *crise* não tá tendo recurso, muito difícil conseguir auxílio vulnerabilidade né, enfim muito difícil conseguir algum benefício pela assistência. Mas pela previdência, quando contribui e se percebe que a pessoa realmente tá incapacitada para o trabalho, normalmente consegue” (Entrevistada 4, 2017).

Com relação à existência de um sistema público de internação, em último caso, a maioria das entrevistadas desconheciam ou alegaram não existir. A entrevistada 2 citou a Unidade de Acolhimento de Samambaia enquanto possibilidade e a entrevistada 3 citou os hospitais gerais para desintoxicação e o Hospital São Vicente de Paula. Foi ressaltado ainda:

“Eu acho que *esse serviço é o caps*, porque o que a gente entende dessas longas internações é que elas não são necessárias né. No caps a gente tem essa diretriz de que são 14 dias mas que poderiam ser prolongados, e *se a pessoa precisar sair daqui a gente tem a UA (Unidade de Acolhimento)*, mas que é exatamente isso, quantas UAs tem no DF? Uma. Então, é um trabalho que a gente precisa ampliar toda a rede de saúde mental, para que as pessoas entendam que *a pessoa pra parar de usar drogas não precisa ficar isolada*, porque as pessoas vêm fazendo isso sei lá, desde o século XII , XIV e não deu certo” (Entrevistada 2).

Aprofundando na perspectiva sobre as Comunidades Terapêuticas, unanimemente criticaram a perspectiva travada nessas instituições, reforçando enquanto categoria, a necessidade do tratamento adequado e do fortalecimento de políticas públicas voltadas para a atenção às drogas:

“As CTs hoje elas desempenham *um papel que é muito prejudicial sobre vários aspectos*. Enquanto no Caps a gente tenta trabalhar a autonomia das pessoas, fazer com que elas se integrem na sociedade, fazer com que elas sejam cada vez menos discriminadas, *as CTs vêm na contramão de todas essas coisas porque enquanto a gente tenta dizer pras pessoas que elas conseguem ter uma vida autônoma, as CTs dizem: Olha, você vai ficar aqui sobre a nossa tutela, nem o seu remédio vai ficar com você, você não vai ter controle sobre a sua hora de comer, de dormir, de levantar*, tudo vai ser a CT que vai cuidar. E o CAPS vai trabalhar justamente o oposto disso, “*Olha, você consegue levar sua vida sim independente de todas essas coisas, você consegue tomar conta da sua própria vida, você é o sujeito da sua própria história*. Então quando você põe esses dois atores pra trabalhar em conjunto, é quase impossível.

Acho que o pior de tudo é que o poder público não compreende essas coisas e acaba colocando *as CTs em uma posição de destaque dentro da saúde mental* que não deveria ter “ (Entrevistada 1, 2017).

“Eu tenho uma visão bem crítica, porque *elas são completamente o contrário daquilo que a reforma psiquiátrica e as diretrizes do tratamento de álcool e drogas pregam*, porque um dos pilares dela é afastar a pessoa da sociedade, então se a partir da redução de danos, eu compreendo que *o importante pro sujeito é ser tratado na comunidade*, tanto porque na comunidade tem equipamentos tanto porque na realidade a droga faz parte da sociedade, que está historicamente na sociedade, então você precisa trabalhar com esse sujeito no seu contexto para encontrar estratégias para que ele enfrente as drogas e na CT não é assim, na CT você fica longe alguns meses e daí retorna e você não sanou a questão. Sem contar que lá você não tem atenção à saúde, porque não conta com médicos, psicólogos ou qualquer outro profissional de saúde [...] *e também porque o tratamento que eles dizem que oferecem chama-se labourterapia* que simplesmente consiste em fazer com que as pessoas que estão lá construam novos prédios, igreja, casa do pastor e é um absurdo. (Entrevistada 2, 2017).

“Também super precário, com várias situações de denúncia. *Em termos de tratamento em si deixa muito a desejar, muitas até proíbem o paciente de tomar medicação* ou então tem uma série de irregularidades então é bem complicado, com relação a tratamento em si. “(Entrevistada 3, 2017).

“É polêmico por que... a maioria não tem estrutura adequada, e *não tem um serviço de saúde lá dentro* e também não tem condições de levar a pessoa pro serviço de saúde... as vezes a gente faz algum evento e eles não conseguem ir. E aí algumas são conveniadas, por mais que elas tenham se constituído por pessoas autônomas, normalmente ex usuários né, e aí elas lutaram e conseguiram alguma parceria. Eu acho que as conveniadas que a gente tem lá perto são só duas, e mesmo assim elas tem a dificuldade de levar pro caps, e aí falam que o governo atrasa, e aí é bem complicado porque a pessoa entra numa CT, *fica um mês lá sem sair, sem tomar medicação, sem ter acompanhamento médico ou de profissionais da saúde, se tiver uma crise de abstinência lá pode ser até fatal* né. (Entrevistada 4, 2017).

Nesse sentido, todas as profissionais reafirmaram a perspectiva de CTs demonstrada no capítulo anterior, como a labourterapia, a falta de estrutura, a falta de corpo técnico especializado e conseqüentemente, de um tratamento propriamente dito. Com relação à frequência dos encaminhamentos de usuários para essas instituições, todas as entrevistadas revelaram receio e cautela a esse tipo de intervenção, demonstrando o uso dessa ferramenta

como última opção ou de acordo com a vontade do usuário, após ser informado sobre o funcionamento dessas instituições:

“Meu critério é: não tenho outra coisa pra fazer, vou mandar pra CT. Infelizmente *o poder público hoje não tem essa alternativa de abrigamento*. Ou então o paciente quer muito ir para uma CT, vamos conversar então sobre vantagens e desvantagens de ir pra uma CT, se mesmo assim ele quiser ir, então ele vai”. (Entrevistada 1, 2017).

“Aqui os encaminhamentos são feitos de forma mais cuidadosa ... Então eu percebo que a equipe já tem uma visão mais crítica embora algumas pessoas concordem com a perspectiva da CT, outras acreditam que pode ajudar. *Eu tenho resistências em pensar que pode ser terapêutico pra pessoa mas é a questão da liberdade e da autonomia, se você explica pra pessoa o que é uma comunidade né e ela decide que quer ir, ela vai*. Geralmente acontece com pessoas que estão num ciclo de uso muito pesado pra ficar um tempo e pessoas em situação de rua, mas eu percebo que a equipe tem um cuidado maior em esclarecer isso tanto pras famílias quanto pro usuário”. (Entrevistada 2, 2017).

“ Mais quando o paciente verbaliza esse desejo de ir, quando não tá conseguindo interromper, quando já se tentou de tudo e ele realmente quer ir, é feito esse encaminhamento... Mas a gente é mais criterioso em fazer esses encaminhamentos, *geralmente é em último caso mesmo*, quando já se tentou de tudo e o paciente não deu conta de ficar sem o uso e ele tem o desejo de se internar”. (Entrevistada 3, 2017).

“Não é com muita frequência não, a gente tenta priorizar o tratamento aberto, só quando é a última saída que a gente encaminha”. (Entrevistada 4).

Apenas a entrevistada 1 revelou uma grande frequência nos encaminhamentos às CTs. Entretanto, esses são realizados por profissionais de outras áreas, permanecendo a resistência enquanto categoria nos CAPS ad em que foram realizadas as entrevistas.

Houve disparidade entre as respostas das entrevistadas com relação a integração entre o tratamento do CAPS e com os pacientes internados em CTs. Nesse sentido, a entrevistada 1 relatou que somente com relação a uma CT específica esse vínculo acontece, entretanto ressaltou que “ se o paciente sai da CT muito dificilmente ele retorna”; em contraponto, a entrevistada 2 alegou que “ sim, a gente tem um cuidado de mandar pra CTs que tragam e de marcar atendimentos mensais com acompanhamento”. Também vale ressaltar o relato da entrevistada 3, em que revelou contrapartida para o tratamento daqueles que necessitem de algum relatório, e aí então, permanecem acompanhados. Com base nisso, é possível perceber o que foi dito nos capítulos anteriores, ou seja, de que no geral, existem dificuldades no acompanhamento dos pacientes internados em CTs, e mais ainda após saírem dessas instituições, acreditando na efetividade do período de abstinência, e não mais na necessidade de continuação do tratamento oferecido pelo CAPS.

As queixas dos usuários inseridos no contexto institucional das CTs se mostraram presentes em todas as respostas, revelando graves violações de direitos básicos. Foi reforçada novamente a perspectiva evidenciada pelo Ipea (2017) e a questão da religiosidade dessas instituições se mostrou muito presente, abordadas nos capítulos anteriores, bem como o sucateamento dos serviços básicos prestados nessas instituições, tais como alimentação, infraestrutura e lazer:

“Alguns usuários reclamam de aspectos muito práticos, como comida, percevejo, não tem cama pra todo mundo então eu durmo num colchão no chão, coisas relacionadas à infraestrutura. Mas fora isso, tem reclamações do tipo que eles *querem que eu participe do que eles chamam de terapias: cultos, ver filmes escolhidos pelo pessoal da CT, vários reclamam que não gostam desse tipo de atividade, ou que são obrigados a trabalhar na horta, que tem que ler a bíblia, fazer orações*”. (Entrevistada 1)

“*O cunho religioso* que é uma queixa que eles trazem bastante, porque muitos vão pra CT as vezes porque a família precisa de descanso e eles acabam concordando em ir, ou as vezes pelo *próprio discurso de salvação da CT* que parece ser a única saúde e quando chegam lá acabam que muitos não conseguem seguir aquela rotina religiosa, porque não têm aquela religião ou porque realmente é chato e também porque o tratamento que eles dizem que oferecem chama-se *labourterapia* que simplesmente consiste em fazer com que as pessoas que estão lá construam novos prédios, igreja, casa do pastor e é um absurdo. E aqui a gente ouve de tudo, que foram pra CTs e que *comiam comida estragada*, e elas ganham dinheiro, então *elas pressionam bastante o caps pra fazer encaminhamento e elas usam esse dinheiro como elas querem, porque não têm que prestar contas*”. (Entrevistada 2)

“De as vezes *esconderem a medicação*, não dar a medicação, precariedade com relação a alimentação, as vezes conflito entre eles lá e de coordenadores, questão de autoridade, teve uma que relatou *que tinha percevejo*, teve uma que foi até fechada por *maus tratos aos pacientes*, então é bem complicado”. (Entrevistada 3).

Vale dar ênfase sobre a perspectiva crítica com relação às CTs das assistentes sociais entrevistadas, de modo que após observação das graves violações de direitos, buscaram mecanismos de enfrentamento e de atenção para esses usuários. A esse respeito, a entrevistada 2 desenvolve um grupo no CAPS com esses usuários sobre o “significado de estar em uma CT”, com oficina de desenhos e oportunidade de fala desses sujeitos, e onde segundo ela, são revelados por meio dos desenhos e de relatos, situações desumanas, desrespeitosas, vexatórias e semelhantes às perspectivas históricas de conservadorismo, paternalismo e moralismo retratados nos capítulos anteriores.

Não obstante, a entrevistada 4, revelou que diante dos inúmeros relatos, criaram um livro com diversos prontuários em que os usuários denunciavam as práticas e o tratamento oferecido por CTs, e desse modo, o utilizaram como denúncia ao Ministério Público. Nesse caso, a CT à luz da época perdeu o convênio com o governo, entretanto, pouco tempo depois

reabriram as portas e conseguiram o convênio novamente. Nesse sentido, ela informou que “ficamos desanimadas né, deixamos de lado porque não adiantou muito, porque tem os interesses por trás e era muita dor de cabeça”. Dessa maneira, vale ressaltar a importância da luta enquanto categoria profissional pela garantia de direitos sociais, entretanto, é necessário apontar também para as dificuldades enfrentadas, tais como a fragmentação da luta dos trabalhadores, o aparato institucional a favor do Estado neoliberal em curso e por último, mas não menos importante ao sucateamento estrutural dos serviços públicos, de forma intencional, direcionado ao que Behring (2003) chamou de privatização induzida, no sentido de legitimar a oferta de serviços de forma terceirizada.

Por meio da liberação do acesso à parte do livro citado, foi possível analisar inúmeros casos de violação de direitos humanos básicos:

“Paciente queixou-se de ter sido obrigado a fazer trabalho: mandaram-no limpar as fezes de um idoso, ele se recusou dispondo-se a fazer qualquer outro trabalho; foi lavar a louça e, ao finalizar, na hora do lanche, a puniram deixando-o sem refeição por cerca de 12 horas, ficou sem se alimentar no dia seguinte e, relatou que não tinha almoço, era obrigado a jejuar; ele comeu uma manga e brigaram com ele” (Prontuário, janeiro de 2014).

“Relatou que o pastor aconselhou a todos os residentes que evitassem tomar as medicações prescritas; ele interrompeu o uso da medicação, ficou nervoso/ansioso, resolveu sair da CT e hoje pediu para voltar. No entanto, o pastor não autorizou dizendo que a regra deles é que o retorno só ocorre após 6 meses”. (Prontuário, janeiro de 2014),

“Reclamou de abusos como humilhações e “bulinações”. Abandonou a CT, pois não concordava com as práticas e que o magoaram bastante”. (Prontuário, agosto de 2014).

“Relatou que se sente obrigado a participar dos cultos. Foi orientado quanto ao seu direito de não participar e que não poderá ser punido por isso, nem coagido a participar de forma alguma.” (Prontuário, fevereiro de 2015).

Com base nesses fatores, o CFESS (2009), apontou que é exatamente o legado de direitos conquistados nos últimos séculos que está sendo desmontado nos governos de orientação neoliberal, em uma nítida regressão da cidadania. Além disso, os dados reforçam os parâmetros das CTs apontados anteriormente pelo Ipea (2017) retomando os três pilares citados: trabalho, disciplina e espiritualidade, sendo que o trabalho é definido, junto com o isolamento, como um agente da transformação carcerária (FOUCAULT, 1987). Da mesma maneira, a disciplina rigorosa é utilizada nessas instituições, com a intenção de fabricar indivíduos, que segundo Foucault (1987) é a técnica específica de um poder que toma os indivíduos ao mesmo tempo como objetos e como instrumentos de seu exército. A lógica da

espiritualidade predominante fere de forma violenta a *laicidade* do Estado, preconizando o tradicionalismo e o moralismo como instrumentos de ação direcionados a grupos focalizados.

Desse modo, esses mecanismos são utilizados enquanto ferramenta de modificação moral do indivíduo, tão cara ao Serviço Social atual. Nesse sentido, os conflitos se ancoram no discurso moral de marginalização e exclusão do usuário, ou na necessidade de tratá-lo e de curá-lo (CARVALHO et.al, 2008).

Sobre os limites para se ter acesso aos direitos, a perspectiva das profissionais é de que são muitas as dificuldades enfrentadas para a sua viabilização, de modo que a discrepância entre o que foi preconizado com a Reforma Psiquiátrica e as medidas adotadas por essas instituições foi muito enfatizada, na medida em que foi criticado o modo como essas entidades são financiadas pelo Estado, a ausência de fiscalização; a falta de compromisso com os usuários e com a saúde deles; a ausência em si, da própria noção de direito e das multideterminações da questão posta. Dentre as dificuldades citadas:

“Eu acho que um dos principais obstáculos é que as pessoas que estão em CT, apesar de algumas receberem dinheiro público, *não tem o menor compromisso com a coisa pública*. Por exemplo, a gente fala tanto da necessidade de se ter um Estado laico, mas como que a gente pode pensar em políticas públicas que não são laicas, por exemplo. Você não pode pensar que a CT vai fazer parte de uma rede de atenção psicossocial que deveria ser laica e tá tudo bem, porque não está. As vezes conversando com pessoas da CT, você percebe que eles tem uma *visão totalmente distorcida das políticas sociais*, de achar que o BF é pra vagabundo, que é pra quem quer ser sustentado pelo Estado. Eles não tem a noção do que é direito, então se você tem essas pessoas dentro das CTs, como que você vai garantir direitos pros usuários, se os dirigentes pensam dessa forma? Não tem perspectiva de cidadania dentro das CTs”. (Entrevistada 1, 2017).

“Sim, porque as comunidades por exemplo não tem carro, *são isoladas da cidade, tem umas que são rurais, intocadas, então as pessoas não tem acesso à saúde, a educação, elas não podem trabalhar quando estão lá*, se elas recebem algum benefício elas não conseguem sair pra tirar, então estão privadas basicamente de tudo”. (Entrevistada 2, 2017)

“Eu acho que tem vários desafios, porque na verdade fica um impasse né, porque na verdade a DISAM²⁵ *não tem uma fiscalização efetiva* né, por exemplo, essas denúncias que tiveram muitas vezes são dos familiares que vão

²⁵ É uma unidade orgânica de assessoramento superior, subordinada à Coordenação de Redes e Integração de Serviços, da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde – SAIS. Tem como principais atribuições: 1) propor e participar da formulação de políticas públicas, planos e programas estratégicos para a Saúde Mental do DF, compatibilizando-as com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental emanadas do Ministério da Saúde; 2) promover e participar de estudos que visem à reorientação e reestruturação da Saúde Mental no âmbito do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal, SUS - DF, buscando a oferta de ações de saúde às pessoas com transtornos mentais, incluindo-se aqueles decorrentes do abuso ou dependência de substâncias psicoativas, 3) propor e acompanhar a aplicação de indicadores para a avaliação dos Serviços de Saúde Mental. (Secretaria de Estado de Saúde do DF, 2017).

lá visitar que nos informam e a gente aciona a DISAM que vai e faz algum tipo de intervenção. *Eu acho que esses serviços tinham que tá mais articulados, e até um rigor maior na hora de credenciar essas instituições* pela secretaria de justiça, de acordo com as normas da Anvisa que já tem né a padronização das CTs, que eu acho que muitas delas tem uma certa maquiagem pra conseguir o convênio”. (Entrevistada 3, 2017)

“Com certeza, *eles não conseguem nem sair né...* Então eles enfrentam muita dificuldade pra ter acesso, inclusive acesso à saúde mesmo”. (Entrevistada 4, 2017).

Desse modo, a perspectiva de universalização do acesso à saúde bem como a outras políticas se vê limitado e enclausurado no interior das CTs, e em conjunto a isso, é necessário dizer que o alcance da cidadania dessas pessoas que tem cor e classe social determinadas (objeto de estudo para futuras pesquisas) vem sendo transgredido pela iniciativa do Estado de delegar a função que é de sua responsabilidade às iniciativas de benevolência e que busca individualizar a Questão Social que é estrutural.

Em meio a esse campo de disputa entre público versus privado pelo qual os assistentes sociais se mostram a favor dos serviços públicos e diante de todas as violações apresentadas, as profissionais se veem buscando pequenas estratégias para que se possa viabilizar, ao menos minimamente, o acesso desses usuários a direitos sociais. A questão mais presente nas respostas foi a dimensão pedagógica e educativa do Serviço Social (GUERRA, 2014):

“Em primeiro lugar, eu acho que uma das estratégias seria uma *aproximação com as CTs não no sentido de aceitá-las, mas num sentido de educar*. Acho que isso que eu falei sobre a visão deturpada que muitos dirigentes possuem com relação aos direitos sociais é uma coisa que pode ser trabalhada e eu acho que o Serviço Social pode apoiar nisso, esclarecer para que esse tipo de visão não seja ainda mais difundido entre os usuários que estão recebendo os cuidados de CTs. *Falar sobre direitos, falar sobre cidadania*. Eu acho que isso é uma possibilidade que o serviço social pode fazer muito intensamente, não só com os dirigentes mas também com os próprios usuários. *A dimensão pedagógica, educativa da profissão. Fazer refletir*”. (Entrevistada 1, 2017).

“*agendar atendimentos mais frequentes para que a pessoa saia de lá*, mas por exemplo, você não consegue garantir que ela estude ou trabalhe, mas você pode garantir por exemplo, se ela precise ir ao centro de saúde, se ela precisa ir num CRAS, aí no dia que ela sair da pra negociar isso com o pessoal da CT, *porque a pessoa no final ela é uma prisioneira mesmo*. Eu acho que o que a gente pode fazer mesmo é conversar com a pessoa e explicar qual é o significado de estar em uma CT e ver quão positivo isso vai ser pro tratamento dela, pra ela não ir né ! Porque depois que ela tá lá, é muito difícil da gente conseguir intervir”. (Entrevistada 2, 2017).

“*Uma maior articulação com a DISAM*, talvez fazer um acompanhamento mais de perto, mas aqui só tem eu de assistente social eu não sei se eu teria pernas pra isso, mas por exemplo, fazer mais visitas [...]”. (Entrevistada 3, 2017).

“Olha, tendo em vista todas essas barreiras que a gente enfrenta... *a gente conversa muito com esses líderes aí das CTs*, explica a importância do acesso, a gente fala pra eles (usuários), pros próprios pacientes, frisa muito essa questão que é um direito deles ir pro caps, ir pro centro de saúde, resolver as coisas deles [...] *Eu também explico que quando eles saírem da CT, é pra continuar indo pro caps*, porque quando você está num período em ambiente protegido, sem estar num ambiente que ele costumava estar, a incidência de recaída é 98 % quando saem, porque aí volta pra realidade, as amizades, os lugares que costumava usar. Então mais nesse sentido de, informar. *Inclusive tentar aproximar dessas CTs, criar vínculo, fazer evento nessas CTs, pra facilitar o acesso deles ao CAPS*”. (Entrevistada 4, 2017).

Quando questionadas sobre a existência de fatores positivos com relação às CTs, predominantemente não foram percebidas nesse sentido:

“*Eu acho que hoje as CTs fazem uma coisa que a gente não consegue fazer ainda, tira uma pessoa que está na rua, leva pra dentro da CT, dá comida, dá banho e depois leva essa pessoa pra dentro do caps. Hoje o caps sozinho não tem perna pra fazer isso e nem sei se o poder público teria pernas pra fazer isso hoje. Então faz o trabalho que deveria estar sendo feito pelo poder público.*

Eu acho que elas só deveriam existir pra quem de fato se identifica com aquela coisa religiosa e deveriam ser muito bem fiscalizadas, *não deviam estar de forma alguma relacionadas com política pública, de saúde, de forma alguma relacionada com nada que fosse público*”. (Entrevistada 1, 2017).

“*Nunca encontrei vantagem!* As vezes eu vejo algumas pessoas falando que é bom pra pessoa mais idosa, que não tem família, mas eu acredito que não é um lugar que ofereça proteção, cuidado, é um lugar que oferece um teto. *Então pela falta das políticas públicas as pessoas acabam indo pra lá, mas eu não vejo nenhuma vantagem*”. (Entrevistada 2, 2017).

“*Eu acho que é válida*, tem pacientes que têm bons resultados com a internação, tem gente que critica, mas *eu acho que é uma possibilidade*, tem pacientes que tem bons resultados, *mas tem muito a melhorar*, principalmente essas que criticam a medicação, não seguem o modelo conforme o que é preconizado”. (Entrevistada 3, 2017).

“*Eu penso que muitas vezes é melhor a pessoa estar lá do que estar na rua também né.* Claro que tinha que ter uma estrutura adequada, com equipe de saúde, mas não tem, e aí muitas vezes a pessoa não tem pra onde ir mesmo e é a única alternativa né. *Falta serviço público*”. (Entrevistada 4, 2017).

Os fatores levantados como positivos de alguma forma, apontaram sempre para a decorrência da desresponsabilização estatal diante da questão, ou seja, pelo fato dessas instituições estarem realizando um trabalho que deveria ser de obrigação do Estado, enquanto direito. Dessa forma, até mesmo quando vistos fatores positivos, decorrem do sucateamento estrutural dos serviços públicos, sendo as consequências mais nefastas dessa lógica sobrecarregadas aos usuários.

3.3. Balanço Analítico das Entrevistas com as Assistentes Sociais

Diante do discurso das profissionais entrevistadas é possível dizer que a atuação do assistente social que atua nos CAPS ad dentro de um contexto de regulamentação de CTs é permeado por limites para a garantia de direitos sociais de seus usuários. As respostas confirmam o pressuposto de que as CTs não são vistas pelos usuários e principalmente pelo Estado enquanto mecanismo complementar, mas como protagonista do sistema de atenção ao álcool e outras drogas.

Tal afirmação não pode ser desvinculada de uma perspectiva ampliada e estrutural do Estado neoliberal com o qual lidamos. Ou seja, a tendência geral é a de redução de direitos, sob o argumento da crise fiscal, transformando-se as políticas sociais em ações pontuais e compensatórias daqueles efeitos mais perversos da crise (BEHRING, 2003). Dentro dessa lógica, os direitos conquistados mediante muita luta são desconstruídos e agressivamente violados. Nesse sentido, as respostas obtidas confirmam a violação de direitos humanos básicos dentro dos espaços das CTs e apontam para um retrocesso ao que foi preconizado na Reforma Psiquiátrica.

Destarte, é possível inferir que caminhamos na contramão de uma política pública efetiva, de modo que as CTs foram apontadas como único recurso para internação, ainda que em último caso. No Distrito Federal só existe uma Unidade de Acolhimento com capacidade para receber 14 usuários, estando uma multidão a mercê das regras e imposições de CTs.

Dessa forma, a política pública que de acordo com Pereira (2008) deveria contribuir para a efetiva concretização do direito do ser humano à autonomia, à informação, à convivência familiar e comunitária saudável, às oportunidades de participação e ao usufruto do progresso, muito assemelha-se à lógica dos antigos manicômios discutidos nos capítulos anteriores, que se ancoram no discurso moral de marginalização e exclusão do usuário, ou na necessidade de tratá-lo e de curá-lo (CARVALHO et.al, 2008).

Nesse sentido a solidão é a condição primeira da submissão total e o trabalho é definido, junto com o isolamento, como um agente da transformação carcerária (FOUCAULT, 1987), e assim é possível dizer que a Questão Social em foco não é compreendida enquanto consequência e responsabilidade estatal, mas ainda pautada no campo moral e de modificação do indivíduo, e dessa forma, a enunciação histórica das drogas como um mal, cujo uso é intensamente associado ao desvio e à criminalidade de seus consumidores

(CARVALHO et.al, 2008) contribui para a disseminação dessa visão e para a dificuldade da efetivação de uma política sobre a ótica de direito.

Entretanto, vale ressaltar que a perspectiva de todas as profissionais entrevistadas foi de uma visão crítica sobre as CTs tal qual foi preconizado pelo CFESS (2015) e sob uma ótica da necessidade da responsabilização do Estado diante da questão. É interessante apontar para as estratégias apontadas por elas para que se possa garantir os direitos dos usuários, sob a dimensão pedagógica do Serviço Social, bem como mediante a luta antimanicomial e também na ótica da justiça. Entretanto, a revolução não é possível apenas mediante uma categoria profissional, já que as forças contrárias estão estruturalmente constituídas.

Por fim, partindo da perspectiva das assistentes sociais entrevistadas, apresenta-se como *limites da atuação profissional* e para a garantia de direitos dos usuários no contexto em foco:

1. O sucateamento dos serviços que é estrutural e acaba gerando uma desarticulação entre eles;
2. Falta efetiva de um sistema público de internação;
3. Dificuldade de integração entre CAPSad e CTs;
4. Inviabilidade do acesso a direitos básicos durante a internação em CT;
5. A lógica conservadora e a falta da noção de direito desses espaços;
6. Caráter focalizado e discriminador do atendimento

Nesse sentido, é necessário apontar que a universalidade do acesso aos programas e projetos sociais abertos a todos os cidadãos só é possível no âmbito do Estado, ainda que não dependam apenas do Estado (IAMAMOTO, 2009), quando não o é, a garantia de direitos é inviabilizada.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

DESAFIOS DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA PERSPECTIVA DA GARANTIA DE DIREITOS.

O objetivo geral desta monografia foi analisar a atuação profissional do assistente social que trabalha no CAPSad, na perspectiva da garantia de direitos, diante de um contexto de escassez de políticas públicas voltadas para a atenção ao álcool e outras drogas e, principalmente, diante da regulamentação das Comunidades Terapêuticas.

Vale ressaltar, que tal objetivo se fundamenta na compreensão da política de saúde enquanto um direito, bem como se reconhece aqui, a importância da Reforma Psiquiátrica na reformulação da lógica de atenção à saúde mental, a qual fundamentou os CAPS como conhecemos atualmente.

Para se chegar na compreensão dos limites da atuação profissional e das violações de direitos imersas nas CTs, objetivamente, foi imprescindível a realização de estudos teóricos profundos numa lógica mais ampla. Nesse sentido, foi necessário apontar também para a influência de nossa atual conjuntura, ou seja, de um neoconservadorismo em curso, o qual se pauta pela restrição de direitos, sucateamento dos serviços públicos, bem como de uma lógica de individualização da condição social.

Dessa forma, foi possível realizar um movimento dialético e histórico, compreendendo que o nosso objeto de estudo é fundamentado por uma macroestrutura social, econômica e ideológica, em constante movimento (de avanços e retrocessos). Histórico, pois também foi possível apontar para os modelos de atenção iniciais, e que, vale dizer que ainda se assemelham aos atuais.

A análise dos dados apresentados pelo IPEA ainda neste ano, também foi fundamental para nos atentar sobre a relevância da problemática que se faz presente atualmente, inclusive com a presença da criminalização e da higienização de dependentes químicos expostas na mídia nos últimos meses. Os dados apontados pelo IPEA foram oportunos e ressaltam a afirmativa desta monografia, de que CTs violam direitos e que essas instituições não devem ser utilizadas como mecanismo de proteção/ tratamento, substituindo o aparato do Estado, como os CAPS ad, por exemplo.

Além disso, a experiência de colher os dados e as próprias informações prestadas também confirmam a hipótese de violação de direitos dessas instituições e são alarmantes. Durante a pesquisa, empiricamente ficou constatado o sucateamento dos serviços, de modo que, desde o ano passado, os telefones dos CAPS estão cortados pelo Governo do Distrito Federal, fato que se apresentou enquanto uma dificuldade para a realização das entrevistas, que dirá para o exercício profissional. Além disso, no CAPS de Santa Maria não havia Assistente Social, no momento. Infere-se que, essa falta de estrutura dos serviços públicos, desencoraja a população a acessá-los, e aqueles que o acessam, o fazem de forma muitas vezes insatisfatória.

Não obstante, os dados apresentados, tanto por meio das entrevistas, quanto por meio da pesquisa bibliográfica, nos apontaram mais para limites do que para possibilidades da atuação profissional em questão. A lógica conservadora do Estado e conseqüentemente, dos mecanismos de proteção social que esse prima, influem direta e indiretamente no trabalho do Assistente Social.

Entretanto, é necessário reconhecer, que mesmo diante dessa conjuntura de retrocesso, a percepção das Assistentes Sociais é crítica e condizente ao Código de Ética da profissão, primando pela cidadania, autonomia e liberdade dos usuários, ainda que os dados não possam ser generalizáveis. Nesse sentido, ainda que de forma limitada – dada a falta de estrutura – apontaram para pequenas estratégias para garantir o acesso a direitos.

Dessa forma, é importante dizer que uma possível transformação ou implementação de fato, dos parâmetros da Reforma Psiquiátrica só é possível a longo prazo, e dada a conjuntura atual de avanço do neoconservadorismo, está cada vez mais distante de ser alcançada.

Nesse sentido, muitos são os desafios do Assistente Social nesse campo de disputa e a questão da luta por direitos e a luta antimanicomial se faz e se fará necessária em seu cotidiano. Entretanto, é importante ressaltar que a transformação necessária só é possível de forma estrutural, levando-se em consideração as condições econômicas, sociais, culturais e ideológicas de nossa sociedade.

Além disso, é necessário reafirmar a responsabilidade do Estado por essas demandas. Destarte, é importante dar ênfase ao que foi elucidado por Harvey (2008), ou seja, “por mais que desejemos que os direitos sejam universais, é o Estado que os tem de pôr em prática.

Quando o poder estatal não tem vontade política, as noções de direitos permanecem vazias. Logo, os direitos são derivados da cidadania e por ela condicionados”.

Por fim, é necessário um aprofundamento no estudo com relação à forma com que a política de saúde mental e sobre drogas está estruturada atualmente no Distrito Federal, de forma que esta monografia se viu limitada a desenvolver. Além disso, entendo que a questão social no Brasil está intrinsicamente relacionada à questão racial, não sendo diferente no caso das drogas, tão criminalizada neste país. Dessa forma, sugiro o estudo dessa questão em outras oportunidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo D. de Carvalho. **Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado.** In: GIOVANELLA, Lígia. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2. Ed. Rev. e amp. – Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

AMORIM, Karenina de M.A; DIMENSTEIN, Magda. **Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico.** Ciênc. saúde coletiva vol.14 no.1 Rio de Janeiro Jan./Feb, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100025 > .

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada: Relato de um hospital psiquiátrico.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985

BEHRING, Elaine Rossetti. **Acumulação capitalista, fundo público e Política Social.** In: BOSCHETTI, Ivanete (org.). Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas. - São Paulo: Cortez, 2008.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em Contra-Reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos.** – São Paulo: Cortez, 2003.

BRASIL, Lei 11.343 de 23 de agosto de 2006. **Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas.** SISNAD, 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm >

BRASIL. Ministério da Justiça. **Política Nacional sobre Drogas.** In: Legislação e políticas públicas sobre drogas no Brasil.— Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 130 de 26 de janeiro de 2012. **Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros.**

BRASIL, Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas,** Brasília, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf> .

BRASIL, Lei 10216, de 06 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.scielo.br/pdf/rlpf/v11n1/a03v11n1>>.

BRASIL. Lei 8080 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.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

CARVALHO, Denise B. Birche et al. **Política Pública de redução de danos e uso de drogas no Brasil: Contradição do processo de construção de uma política nacional.** In: BOSCHETTI, Ivanete (org.). Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas - São Paulo: Cortez, 2008.

CASTELL, Robert. **As metamorfoses da questão social. Uma crônica do salário.** Petrópolis: Vozes, 1998.

COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DF. **Mapeamento e identificação das metodologias das instituições de tratamento e reinserção social de usuários de álcool, crack e outras drogas no Distrito Federal.** Brasília: Codeplan/Seplan, 2013. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/pesquisa_socioeconomica/politicas_sociais/Relat%C3%B3rio_mapeamento.pdf> .

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de Ética do Assistente social.** CFESS, 1993.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Conad aprova regulamentação das comunidades terapêuticas, mesmo com posição contrária de entidades.** CFESS, 2015. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1177>>.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Manifesta, de 1 de setembro de 2009: **Fundos de Solidariedade e Refilantropização da Política de Assistência Social**, CFESS, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação do Assistente Social na Saúde**. Série Trabalho e projeto profissional nas políticas de Saúde, nº 2, Brasília, CFESS, 2010.

CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL. **Resolução nº 33 de 12 de Dezembro de 2012. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social-NOB/SUAS**. CNAS, 2012.

CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS. **Resolução Nº 01 de 19 de Agosto de 2015**. Disponível em: <
http://www.lex.com.br/legis_27017500_RESOLUCAO_N_1_DE_19_DE_AGOSTO_DE_2015.aspx >.

DAMAS, Fernandi Balvedi. **Comunidades Terapêuticas no Brasil: Expansão, institucionalização e relevância social**. Rev. Saúde Públ. Santa Cat., Florianópolis, v. 6, n. 1, jan./mar, 2013.

DELGADO, Pedro Gabriel. **As razões da tutela**. Rio de Janeiro: Te Coroa, 1992.

GIL, Antonio Carlos. **Metodologia de pesquisa em Serviço Social**. Brasília: CNI/SESI, 1996. Caderno técnico 23.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GUERRA, Yolanda. **A dimensão investigativa no exercício profissional**. In: Serviço Social: Direitos sociais e Competências Profissionais. – Brasília:CFESS / ABEPSS, 2009

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade do Serviço Social**. 10ª Ed. São Paulo: Cortez, 2014.

HARVEY, David. **O Neoliberalismo: Histórias e implicações**. Edições Loyola, São Paulo, Brasil, 2008

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Os espaços sócio ocupacionais do assistente social**. In: Serviço Social: Direitos sociais e competências profissionais. – Brasília: CFESS/ ABEPSS, 2009.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na Cena Contemporânea.** In: Serviço Social: Direitos sociais e competências profissionais. – Brasília: CFESS/ ABEPSS, 2009b.

IAMAMOTO, M.V; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e Serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica.** 4 ed. – São Paulo: Cortez; CELATS, 1985.

INSTITUTO DE PESQUISA APLICADA. **Nota Técnica: Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras.** DIEST/IPEA n°21, 2017. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/20170418_nt21.pdf .

FASSON, Karina; PUCCINELLI, Bruno. **Pensando o Crack na cidade de São Paulo: Cracolândia, intervenções públicas, saúde e marginalização.** São Paulo, 2010.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder.** 29ª reimpressão, tradução: Roberto Machado- Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOUCAULT, Michel. **A história da loucura na idade clássica.** 3 ed- Perspectiva, 1972.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão.** Trad. Lígia M. Ponde Vassalo. Petrópolis: Vozes, 1987.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 29ª ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **RESOLUÇÃO - RDC Nº 29, de 30 de Junho de 2011.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html>

NETTO, José Paulo. **Introdução ao método de Marx.** In: Serviço Social: Direitos sociais e Competências Profissionais. – Brasília:CFESS / ABEPSS, 2009.

NETTO, José Paulo. **A construção do projeto ético-político contemporâneo.** In: Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo 1. Brasília: CEAD/ABEPS/CFESS, 1999.

PEREIRA, Potyara Amazoneida. **Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania.** In: BOSCHETTI, Ivanete (org.). – São Paulo: Cortez, 2008.

RAICHELIS, Raquel. **O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos.** Serv. Soc. Soc. N°.107 São Paulo July/Sept. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282011000300003>.

SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICA SOBRE DROGAS. **Mapeamento das instituições governamentais e não-governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil - 2006/2007.** – Brasília: SENAD, 2007. Disponível em: <http://infograficos.estadao.com.br/especiais/crack/levantamento.pdf> .

SETUBAL, Aglair Alencar. **Pesquisa em Serviço Social: Utopia e realidade.** 5ª ed – Cortez, 2013.

SILVA, Ademir Alves da. **A Gestão da Seguridade Social Brasileira: Entre a Política Pública e o Mercado.** 2ª ed – Cortez, 2010.

SILVA, F.; JACCOUD, L.; BEGHIN, N. **Políticas sociais no Brasil: participação social, conselhos e parcerias.** In: JACCOUD, L.(org). *Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo.* Brasília: IPEA, 2005.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Breve Periodização Histórica do Processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil recente.** In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org). *Saúde Mental e Serviço Social: o Desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade – 2.ed – São Paulo: Cortez, 2002.*

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Serviço Social e Interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental.** In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org). *Saúde Mental e Serviço Social: o Desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade – 2.ed – São Paulo: Cortez, 2002.*

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Dispositivos Residenciais em Saúde Mental, um Campo Aberto para os Trabalhadores Sociais: revisão de estratégias, tipologia e principais desafios políticos, teóricos e práticos.** In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org). *Saúde Mental e Serviço Social: o Desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade – 2.ed – São Paulo: Cortez, 2002.*

ANEXOS

Termo de consentimento livre e esclarecido

Eu, _____, ____ anos, profissão _____, estou sendo convidado a participar de um estudo denominado “ CAPS ad e o contexto das Comunidades Terapêuticas: Desafios da atuação profissional na perspectiva da garantia de direitos.” cujo objetivo é analisar os limites e desafios da atuação do assistente social que trabalha no CAPSad diante de um contexto de regulamentação de Comunidades Terapêuticas

A minha participação no referido estudo será no sentido de colaborar por meio de entrevista a respeito do meu trabalho e percepções dentro deste serviço.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.

Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são Lara Lisboa Farias (pesquisadora) e Karen Santana de Almeida Vieira (Profª orientadora) da Universidade de Brasília (UnB) e com eles poderei manter contato pelos telefones 982712811/ 981345443 e pelo e-mail: lisboalara@hotmail.com

É assegurado o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Brasília, ____ de _____ de 2017

Nome e assinatura do sujeito da pesquisa: _____

Pesquisadora e orientadora responsáveis:

_____ ; _____

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Há quanto tempo trabalha no CAPSad?
2. Como você percebe o perfil dos usuários?
3. Qual é a principal demanda com relação a políticas sociais? Qual serviço é mais solicitado?
4. Você acha que tem conseguido viabilizar essas demandas ?
5. Você acha que existe um serviço público que possa garantir a internação em último caso, de forma eficaz / digna, que garanta direitos ?
6. Qual é a sua percepção sobre as CTs?
7. Com qual frequência os usuários são encaminhados para CTs ?
8. Os usuários citados acima costumam retornar ? Fazem acompanhamento regular no Caps ? Há integralização do atendimento?
9. Quais são as reclamações dos usuários com relação às CTs ?
10. Você acha que existem obstáculos para que se garanta direitos sociais estando o usuário internado em CT? Se sim, quais são os principais ?
11. Quais as estratégias que o assistente social pode utilizar para superar esses obstáculos?
12. Você tem alguma crítica ou sugestão para a pesquisa ?



**Universidade de Brasília
Instituto de Ciências Humanas – IH
Departamento de Serviço Social – SER**

CARTA DE APRESENTAÇÃO DO PESQUISADOR

Declaramos para os devidos fins que a aluna Lara Lisboa Farias, matrícula 140024859, está realizando pesquisa como atividade de conclusão de curso do curso de graduação em Serviço Social do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília. O referido trabalho intitula-se: “ CAPSad e o contexto das Comunidades Terapêuticas: desafios da atuação profissional do Assistente Social na perspectiva da garantia de direitos. Por isso, agradecemos desde já sua colaboração.

Brasília, 28 de junho de 2017.

Profª Dra. Karen Santana de Almeida Vieira
Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília